



*Trabajo de Fin de Máster*

***INCIDENTES  
MICROCULTURALES EN UNA SALA DE  
ESPERA.  
SALA DE URGENCIAS CAP MANSO***

**Grazalema García Ibáñez**

Tutor: Manuel Delgado, Máster Oficial Antropología y Etnografía  
Departamento de Antropología, Septiembre 2017



## *Agradecimientos*

*Esta etnografía no sería posible sin todas aquellas personas que han ocupado durante tantas horas la pequeña sala de urgencias en la que realicé mi etnografía. Gracias.*

*A mi hermano Tirso, que este año ha pasado por una dolencia que ha tenido a toda la familia en vilo y finalmente, ha superado.*

*Por supuesto, a mi tutor Manuel Delgado, que por su gran erudición, seguramente no es de este planeta; por su afecto, consejos, orientación y correcciones en la realización de este trabajo. Por darme parte de su Agosto. Y también por su inacabable paciencia, por saber comprender y manejar mis dudas, además de mis mil torpezas y alguno de mis acaloramientos.*

*A mis compañeros de Máster, con los que inicié este camino, por lo aprendido, lo compartido y los innumerables momentos de risas. A Sílvia, por su generosa y genuina amistad, por su incansable apoyo. A Rosa Canela, por sus consejos en este trabajo y su placentera calma, y a Federica, por las largas llamadas telefónicas TFM entre risas y lágrimas. Sólo se os puede querer.*

*Y como no, a Lancelot.*



**Vivir es pasar de un espacio a otro  
haciendo lo posible para no golpearse.  
G. Perec**



La ausencia de fotos del emplazamiento y de las personas que fundamentan esta investigación, responde a una cuestión de protección de datos y de privacidad de los individuos. Las imágenes que muestran el interior de salas de espera en este trabajo, están extraídas de internet y son accesibles a cualquiera.





## INDICE

1. Introducción.....	pág.11
2. Objetivo.....	pág.18
2.1 La sociedad de la espera.....	pág.19
2.2 Hipótesis.....	pág.21
3. Marco teórico.....	pág.23
3.1 La perspectiva situada.....	pág.24
3.2 La definición de la situación.....	pág.26
3.3 El Interaccionismo simbólico.....	pág.29
3.3.1La ritualización en el espacio.....	pág.30
3.3.2La sala de espera como símbolo en si mismo.....	pág.32
3.4 Una microecología del espacio acotado.....	pág.35
3.5 Goffman y el orden de la interacción.....	pág.38
3.5.1 La sala de espera: lugar de puesta en escena del paciente.....	pág.44
3.5.2 Interacción no focalizada y la espera.....	pág.46
3.6 Estado de la cuestión.....	pág.48
4. Metodología.....	pág.51
4.1 Imprescindible descripción del lugar.....	pág.54
4.2 Descripción del funcionamiento de la sala según el protocolo biomédico: lo reglado.....	pág.57
5. Informe etnográfico.....	pág.59
5.1 Praxis etnográfica en el campo.....	pág. 59
5.2 Incidentes microculturales.....	pág.72
5.2.1 Microincidente: quiero entrar.....	pág.72
5.2.2 Microincidente: niños.....	pág.75
5.2.3. Microincidente: què piores?.....	pág.79
5.2.4 Microincidente: me voy.....	pág.82
5.2.5 Microincidente: ¿qué está pasando?.....	pág.85
5.3 Consideraciones analíticas en la sala de espera de CAP Manso.....	pág.89
5.3.1 Movimientos en el espacio: proxemica y kinésica.....	pág.89
5.3.2 Recorridos.....	pág.93
5.3.3 En cuanto a las relaciones.....	pág.96
5.3.4 En cuanto al tempo.....	pág.97
5.3.5 En cuanto al clima.....	pág.97
5.4 Consideraciones finales.....	pág.98
6.Bibliografía.....	pág.101



## **1.Introducción**

Mi trabajo estaría incluido dentro de lo que se conoce como microsociología y sociologías de la vida cotidiana. Tiene por objeto, las interacciones sociales que se establecen en los avatares de la vida pública del individuo.

El término microsociología posee diferentes lecturas, pero aquí apunto una de las principales que evoca su sentido, es el concepto de sociomorfismo elaborado por Gabriel Tarde (1961) según el cual el sociólogo debería ejercitarse en ver en cualquier cosa una sociedad.

Según el teórico George Ritzer (1997: 399) en el nivel microsocial la sociología se centra en el grado en que los individuos se toman en cuenta unos a otros en la medida en que persiguen metas objetivas o significados subjetivamente compartidos. Así mismo, Isaac Joseph (1999: 10) apunta que la microsociología pretende hacer la sociología de esas circunstancias y analizar la organización social de esos encuentros como orden de fenómenos sociales con una historia específica. En relación al concepto de sociologías de la vida cotidiana Agnes Heller (...) la vida cotidiana es la totalidad de actividades que caracterizan las reproducciones singulares productoras de la posibilidad permanente de la reproducción social (Heller, 1987: 19). Según los Teóricos Berger y Luckmann, la vida cotidiana aparece entonces ya objetivada, es decir está (...) constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos antes de que yo apareciera en escena (Berger y Luckmann, 2001: 37). La realidad de la vida cotidiana se presenta además como un mundo intersubjetivo, un mundo que comparte con otros. (Berger y Luckmann, 2001: 38). La vida cotidiana se define como un compartir el espacio y el tiempo. En tanto espacio, se define porque “mi zona de manipulación se intercepta con la de otros”(Berger y Luckman, 2001: 41).

En la cotidianidad compartimos no sólo los aspectos más elementales como las actividades instrumentales que nos permiten la supervivencia, también participamos de toda una significación simbólica social.

Por vida pública<sup>1</sup> del individuo introduciremos la definición de Goffman (1971:

---

<sup>1</sup> Goffman crea otra definición para vida pública: “vida pública” puede significar la carrera relacionada con el desempeño de cargos públicos (Goffman, 1979), definición que excluimos y puede excluir la interacción

40), pensada como “unidad fundamental de la vida pública” a las agregaciones casuales, espontaneas, el mezclarse durante y a causa de las actividades cotidianas, las unidades que surgen, se forman y diluyen continuamente, siguiendo el flujo de otras acciones, lo que forma una trama continua de interacciones.

Es en este contexto teórico donde estableceremos nuestro análisis. Concretamente, esta es una aproximación microetnográfica a la actividad que se produce en el marco de una sala de espera de urgencias de atención primaria, y la analizaremos desde una etnografía que tiene por objeto las situaciones sociales.

Lo que presentaremos, por tanto, es una etnografía situada de esta sala. Un trabajo de campo que recoja cinco situaciones concretas que se han producido en su interior.

El lugar que nos compete es el Centro de Atención Continuada Manso, ubicado en la calle Manso número diecinueve de Barcelona, en el barrio de Sant Antoni de esta ciudad. Es un centro de sanidad pública perteneciente al Institut Català de la Salut de Catalunya<sup>2</sup>, de la red de Atención del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Este es un centro oficial público, y como tal, el acceso es libre a cualquiera que tome la decisión de entrar.

La elección del sito fue una cuestión de conocimiento previo por mi parte del lugar. Hace años, había trabajado por el periodo de un año en este mismo edificio como enfermera pediátrica, en otro reparto. Por tanto tenía nociones de las características que presentaba el terreno por proximidad, así como de las dinámicas sociales que se conformaban en su interior.

Utilizaremos cinco pasajes de actividad social, todos ellos dispares, como forma de dar cuenta que dentro de la instalación hay una composición permanente de entramados sociales semiestructurados, que además, nos

---

directa dentro de un establecimiento doméstico privado, que desde luego incluimos aquí. Todas las demás opciones actuales, proxemica, microsociología, relación directa, etología humana, etc.

<sup>2</sup> Además del ICS, existen otras Instituciones oficiales públicas homologadas como proveedoras de los servicios de Salud en Catalunya.

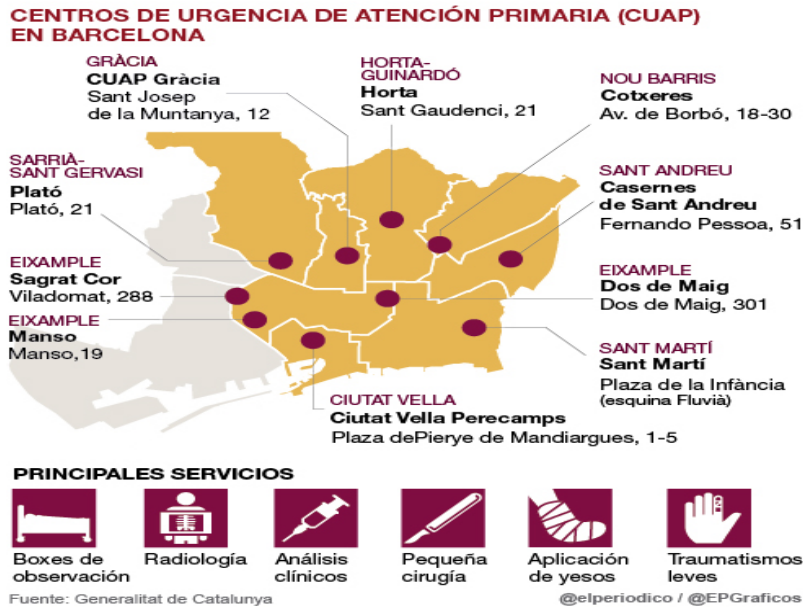
conciernen en nuestra investigación.

Este centro presenta una sala de espera de urgencias de unos 40m<sup>2</sup>, con atención continuada 24h, donde el acceso es libre y el flujo de personas que entran y salen del recinto es ininterrumpido.



Sala espera urgencias CAP Manso. Fuente internet: Samuel Rodríguez.

Merece la pena explicar que la ciudad de Barcelona, en verano del 2011, sufrió un reajuste presupuestario en la gestión de la atención primaria continuada (atención urgencias no hospitalarias 24 horas). De tal forma que el CAP Manso y el CAP Sant Andreu recibieron todas las urgencias de dos distritos completos de Barcelona. Esto supuso, en el caso que nos ocupa, el CAP Manso, el redireccionamiento del total de los pacientes de siete centros sanitarios a este único punto. Por tanto, las urgencias médicas se llenaron de ciudadanos que querían ser atendidos de manera imperiosa y la actividad del centro cambió y creció vertiginosamente atendiendo a la política de "adaptar la oferta a las necesidades territoriales" de aquel momento. Lo que sentó precedente e instituyó una concatenación de ajustes de las distintas especialidades y del personal en todo el centro.



Cuando un CAP pasa a dar una atención continuada 24 horas de urgencias sanitarias, no hospitalarias, se le denomina CUAP. Esta medida se tomó para aliviar la sobrecarga de trabajo de las urgencias no graves, aquellas en las que no corre riesgo la vida, que atendían los hospitales.

Actualmente hay diez centros CUAP operativos en la ciudad de Barcelona; los principales servicios de los que dispone son observación, radiología, análisis clínicos, pequeña cirugía, aplicación de yesos y atención a traumatismos leves. Cualquier incidente más grave debe ser atendido en atención hospitalaria. El modelo CUAP sólo existe actualmente en la Comunidad de Catalunya.

El CAP Mansó es un edificio de un total de seis plantas que alberga cuatro áreas básicas de asistencia sanitaria de atención primaria, lo que quiere decir que atiende población de cuatro barrios. En la primera planta encontramos en área de atención primaria del barrio de Poble Sec, en la segunda planta se encuentra en área de atención a la población de Sant Antoni, en la tercera planta encontramos la atención a la población de lo que llaman área Vía Roma, en la cuarta planta se encuentra en área de atención de la zona que es llamada Universitat, la quinta planta alberga el servicio de radiología, la sexta planta se ocupa del ASSIR, este nombre son las siglas de Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva.

Para terminar, en la planta baja tenemos separadamente el servicio de Urgencias y el servicio de Pediatría.

Como apuntaba más arriba, desde 2011 el reajuste en los servicios por la modificación en los presupuestos sanitarios, ha generado gran descontento entre los trabajadores sanitarios y entre en la población atendida.

La plataforma Resistència Clínic con la colaboración de la Plataforma Unitaria en defensa de la Sanidad Pública en Catalunya, Marea Blanca Catalunya, los vecinos y vecinas del Eixample y Fem Sant Antoni, llevan convocado concentraciones desde dicho año bajo el lema “Defendamos la Atención Primaria”, organizando manifestaciones delante del mismo CAP Manso.

Según fuentes del diario el País, desde 2006, la inversión en sanidad pública en Catalunya ha descendido y se han eliminado un 17,5% de los puestos de trabajo . A partir del 2010 el Instituto Catalán de la Salud (ICS) ha sufrido una reducción en las retribuciones, en las condiciones laborales y una supresión de las sustituciones y contrataciones, afectando así a un 40% de los trabajadores que están en situación precaria y con contratos temporales.

Lo que pretenden estas organizaciones es reclamar no sólo la restitución y ampliación de las plazas de sanitarios, sino que también pretende la recuperación de las condiciones previas de trabajo. Se exige desde las plataformas y asociaciones, una evitación y supresión en los recortes y un aumento en los presupuestos así como nuevas inversiones en Sanidad Pública. Cabe decir, que en una de las ocasiones en las que realizaba trabajo de campo, un grupo de vecinos visiblemente organizado como grupo por su disposición en el área, entró en la sala y repartió folletos donde se nos emplazaba, en otro lugar cercano del barrio, a una reunión en días posteriores para tratar las condiciones actuales del sistema de los recortes sanitarios y sus consecuencias en la ciudadanía.



Foto: Grazalema García

En la actualidad la situación sigue siendo muy similar, pese a las protestas y la gran visibilidad social que se tiene en el barrio sobre este tema. Esto crea gran disconformidad y malestar entre la ciudadanía usuaria. Asociaciones de vecinos y otros grupos siguen estudiando cómo cambiar la situación desde un plano legal.



Foto diario digital Crónica Global 16/3/2016



## **Motivaciones**

Esta investigación viene dada por mi relación directa profesional con los usuarios de los servicios sanitarios actuales. Mi rol de enfermera y mi contacto continuado con personas en situación de vulnerabilidad, junto a experiencias reveladoras para mí durante el desempeño de mis funciones, hacen que plantee mi trabajo de campo en este escenario que me es familiar. Mi predisposición a ponerme del otro lado, del lado del paciente, unido a todo el cúmulo sensorial y emocional ajeno que recoge mi labor: el olor, el llanto, las hieles, los fluidos excretados, la voz entrecortada, el alarido por dolor, la mueca, me lleva a admitir lo que es más difícil para ellos, la espera: la incertidumbre, la dilación, el quizás nunca, el no me llamarán, el se han olvidado de mí, seguro; el qué pasa ahí dentro que no salen. El miedo.

Durante la realización de mis tareas profesionales se generan vínculos fugaces, pero intensos, con personas aquejadas de todo tipo de dolencias y sometidos a todo tipo de estados de ánimo. Pacientes agradecidos, pacientes asustados, pacientes enfadados, pacientes sin enfermedad, pacientes inquietos, pacientes aburridos, pacientes violentos.

Llama en mí la atención cómo las personas se rinden a los procedimientos de la institución sanitaria cuando su cuerpo se ha rendido ya a la enfermedad. Es entonces cuando el individuo se adhiere a circuitos formales institucionalizados buscando la sanación como salvación.

Por otro lado mi casi obsesión por los detalles: no es lo mismo que te toquen con las manos frías que lo hagan con las manos tibias, no es lo mismo sentarte en el autobús contiguo a alguien que huele a perfume, que al lado de alguien que no lo lleva, el trayecto será distinto. No es lo mismo que te sonrían cuando vas a comprar analgésicos que no lo hagan; no es lo mismo observar todo el día una pared blanca en el trabajo, que una pared que estalle a colores. No es lo mismo que te hablen con un tono dulce que con un tono despreciativo, utilizando exactamente las mismas palabras. No es lo mismo el pelo sucio que el pelo limpio y suave. No es lo mismo el sabor de un café de italiano, que el café instantáneo.

Hay un salto cualitativo experiencial muy significativo a través de pequeños ajustes situacionales.

## **2. Objetivo**

Mi labor será por tanto una descripción y análisis de este espacio acotado concreto: la sala de espera del servicio de urgencias del CAP Manso. En este espacio se generan microsociedades que se están estructurando de manera permanente, pero que nunca alcanzan la condición de plenamente estructuradas. La idiosincrasia de estas sociedades queda circunscrita al emplazamiento sanitario y a los individuos que acuden hasta él en el momento que necesitan de una atención médica formal. Individuos, que, por otro lado, nunca son los mismos; además, presentan dolencias dispares y se distribuyen de manera aleatoria en la instalación.

Mi aportación será una descripción y análisis pormenorizado de una sociedad que ineludiblemente está conformada por seres humanos que aguardan y que es confinada en una sala habilitada expresamente para ello.

Mi objetivo es el estudio de una sociedad de la espera y de un espacio convenido, aceptado, señalado, que adquiere su sentido en el momento que se establecen ciertas relaciones e interacciones dentro de él.

Cuando hablamos de incidentes microculturales (Bateson, M. C., 1972) y tomo este término de la película de Ray Birdwhistell *Microcultural incidents in ten zoos*, estamos hablando de aquellos pasajes en los que los individuos que, encontrándose en presencia de otros, ejecutan acciones disruptivas, que alteran la situación requerida del orden normal, generando en algunas ocasiones ejercicios de reparación conductual.

Según Goffman (1967:149) todos los encuentros representan ocasiones en las cuales el sujeto puede resultar espontáneamente comprometido en lo que está sucediendo y sacar de esto un firme sentido de realidad. Y esta sensación no es poca cosa, cualquiera que sea el contexto en el que esté contenida. Cuando ocurre un incidente y queda en peligro el compromiso espontáneo, la misma realidad está en peligro. A menos que aquellos que interactúan no vuelvan al compromiso correcto, la ilusión de realidad caerá en pedazos, el pequeño sistema social que se crea en cada encuentro resultará desorganizado y los que participan en él se sentirán privados de reglas, irreales, anómicos.

Un incidente microcultural respondería a un episodio notable y reconocible dentro de un escenario de acción participativa. Aquello que a veces hace que se genere cierta incomodidad entre los individuos copartícipes durante el

transcurso de la acción generando en ocasiones mecanismos de reparación. Estos microincidentes responden a pasajes temporales que no tienen por qué coincidir con escenarios negativos o molestos. Corresponden a contextos reseñables o destacables dentro del fluir de un acontecimiento social. Basta con que los individuos puedan identificarlo como tal y describirlo como algo notorio fuera del orden normativo del lugar, durante el flujo unas actividades estipuladas, como es el caso que nos concierne.

## **2.1 La sociedad de la espera**

El concepto de espera es reiterado en esta etnografía. Es fascinante que a aquellas personas que esperan en una dependencia sanitaria se les llame pacientes –que aguardan con paciencia ser atendidos-. Aún es más curioso que, al poner el cursor sobre la palabra paciente, y buscar sinónimos, te aparezcan en orden estas palabras: resignado, resignada, sufrido, sufrida, conforme, conformado, conformada.

La espera de aquel individuo que es paciente en ser atendido, en compañía fortuita de otros individuos también pacientes, dentro de un emplazamiento delimitado, pero de bordes o fronteras permeables.

Estudiaremos una microsociedad de flujos relacionales discontinuos y casi siempre autoordenados, que tiene como base física espacial esta sala, donde los asentamientos intermitentes se proceden de manera continuada por los diferentes individuos que necesitan de la instalación, constituyendo un nódulo social de producción permanente. Generando así un microsistema social cuyas relaciones se diluyen y recomponen de manera con frecuencia veloz, a distintos compases y que van adquiriendo diferentes significados con la progresión del tiempo. Sociedades que se ejecutan y detentan reglas y códigos propios, expresados dentro del perímetro en el que se confinan los individuos de manera física, pero también simbólica.

Ineludible también la consideración del movimiento. La espera no se identifica con estatismo, no se queda en la interrupción, ni se semeja a la inmovilidad. La sociedad de la espera se agita en el reducto habilitado para ello, el individuo que espera se sacude, vibra, se conmueve, se revuelve en el del área en la que se aglutina de manera física pero también a través de

relaciones momentáneas.

Denótese la apreciación del movimiento como característica autógena que acompaña a lo vivo, lo vivo que se acciona, que procede, que se turba.

Los cuerpos de individuos que se interrelacionan provocan con sus movimientos ajustados al contexto de interacción, el esparcimiento de lo social: encuentros, desencuentros, zonas de fricción, episodios autolimitados, ambiguos, fluctuantes, acelerados, discontinuos; condicionados y atravesados por las características físicas y normativas del emplazamiento. “Individuos que llevan a cabo acciones cotidianas en ocasiones altamente ritualizadas (...) la importancia primordial atribuida por casi todos los cultos, a la parte material de las ceremonias, el que señalaba que la ritualidad generalizada es una ritualidad es una ritualidad fragmentada y fugaz: no hay religión tan unitaria que no reconozca una pluralidad de las cosas sagradas” (Durkheim, 1982: 288).

Así pues, es interesante el examen de los movimientos de aproximación y separación que las personas que ocupan la instalación establecen con los objetos presentes en el emplazamiento y que obligan, en ocasiones, a establecer recorridos precisos, las cadencias en los desplazamientos, el guardar silencio, hacer cola, permanecer quieto, mirar la pantalla, pararse para escuchar la voz procedente de los altavoces, ceder el paso, ir al baño para orinar dentro de un recipiente estéril...

Una sociedad de la espera que socializa obviando estímulos procedentes de otros individuos en copresencia a su alrededor mediante lo que se llama la desatención cortés, con la que tratamos a los demás como si no los hubiéramos visto y como si tampoco mereciesen una excesiva curiosidad (Goffman, 2006: 58).

En esta investigación nuestro propósito se aleja de un estudio de tipología prescriptiva. Nuestro enfoque tiene por objeto lo micro, de las situaciones sociales en las que se producen las interacciones en su modo más simple. Nuestra intención es distanciarnos de un tipo de conocimiento utilitarista, para aproximarnos a entramados sociales orgánicos, en contextos concretos, que por su naturaleza, están en continuo cambio y reorganización. Una aproximación a un contexto particular del que nos interesa; una

profundización en lo social, desde su producción in situ, en este caso en el entramado sanitario, escenario nada ajeno para la mayoría de nosotros.

## **2.2 Hipótesis**

Mi estudio se encargará de analizar qué ocurre cuando los individuos esperan. Más concretamente, qué ocurre en una sala de espera de urgencias de atención primaria, cuando los individuos que allí convergen, aguardan para ser atendidos.

Se trata de analizar y describir de manera pormenorizada qué sucede en un emplazamiento concreto y demarcado, cuando aparentemente no acaece nada. Trataré de esbozar que el acto de esperar genera sociedades o aglutinados sociales debido a la copresencia de individuos desconocidos que han de permanecer en dilación puesto que aparentemente presentan alguna dolencia que debe ser examinada médicamente.

La sala de espera en este caso puede concebirse como limen, como zona intersticial<sup>3</sup> en la que los individuos quedan suspendidos en una extraña calma y en el que deben acatar ciertas reglas, a veces no escritas, ni explícitas, hasta ser atendidos. El individuo que espera asume un orden establecido a priori, de tal forma que las actuaciones que vaya a desarrollar allí dentro cumplen con un guion reglamentado hasta cierto punto. Existe un conjunto de actuaciones permitidas dentro de la sala que coincidiría con el protocolo médico y con el funcionamiento de la unidad de urgencias. Goffman establece que “en general (sin duda con razón), el interés por el orden público se ha centrado en las situaciones en que los desconocidos y los menos desconocidos pasan a ser físicamente accesibles los unos a los otros, situaciones en las que el orden puede ser una cuestión central” (Goffman, 1979: 19).

Se podría decir que esta sociedad de la espera es un tipo de sociedad que se genera en los umbrales de actividades focalizadas a otras actividades,

---

<sup>3</sup> Marc Augé (2008) aplicó el término -no lugar- a estas zonas intersticiales, ya que representarían, según este autor, espacios sin identidad ni historia.

valoradas estas como de mayor importancia.

La sociedad de la espera, es un microsistema que crece en los intersticios de lo social, cuyo origen se vincula a episodios de inquietud o desasosiego de individuos que luchan por normalizar su situación.

Por tanto, en esta instalación que nos atañe, de alrededor de unos cuarenta metros cuadrados, se establecen un flujo de relaciones estructuradas, pero que, a su vez, se mueven en una discontinua conformación/disolución, desencadenando un proceso casi ininterrumpido de micronegociaciones amalgamadas, es decir, sin un nexo temático que las una o dé continuidad, llevadas a cabo por individuos en una copresencia conformada azarosamente, puesto que quienes la protagonizan no se conocían entre sí y probablemente no vuelvan a coincidir de nuevo.

Trataremos de comprender las dinámicas de movimiento permitidas o no dentro del emplazamiento, lo establecido como fronterizo o lo que se establece como prohibido.

Identificamos la puerta que lleva hacia el facultativo médico como lugar limítrofe o umbral al que todo individuo aquejado quiere llegar. Señalamos los protocolos o rituales secuenciales de conducta y la relación que los individuos mantienen con el mobiliario de la sala así como con el resto de objetos que la visten. El silencio como señal de poca actividad dentro de la sala y la descripción de las cargas emocionales que los sujetos expresan.

Así pues, una etnografía situada en la sala de espera de CAP Manso no pasaría sólo por describir y analizar las reglas explícitas que lo organizan, sino también por descifrar los principios tácitos de actuación que se pactan durante el transcurso de las interacciones o bien durante la estancia en la sala.

El uso del lenguaje oral, así como el tono y volumen de la voz dentro de la instalación también será un aspecto en el que repararemos durante nuestra investigación. El uso del lenguaje adquiere un estatus propio. Bajo esta perspectiva, el significado de las palabras deviene ineludiblemente del uso compartido del mismo código comunicacional.

La significación común de los objetos o de sus cualidades, vienen dada por

el uso compartido que las personas le dan al constituir una relación social; el lenguaje, por tanto, siempre es coparticipado. El contenido de la conversación va unido a la distancia y a la situación , así como a la relación entre los participantes, sus emociones y actividades (Hall, 1968: 90)

Cuestiones que me formulo a priori:

¿Qué patrones o estrategias siguen los individuos en la consecución de sus objetivos o prioridades dentro de las instalaciones?

¿Esa sociedad genera un código o códigos de conducta propios?

¿Poseen unos códigos proxémicos o kinesicos propios?

¿Hasta qué punto esa sociedad de la espera es generalizable a otras salas habilitadas para el mismo uso?

### **3.Marco teórico**

Entre los años 1915 y 1940 la escuela de Chicago emerge en los entornos epistemológicos universitarios encabezada por autores como William Thomas, Robert E. Park y Louis Wirth, su desarrollo principal y vanguardista fue estudiar la fenomenología social en las grandes ciudades como Chicago, Nueva York y en Europa Berlín y París. Partiendo de contextos urbanos heterogéneos y estudiándolos como una multiplicidad de microsistemas sociales simultáneos inconclusos en continua proliferación, consolidaron una metodología cualitativa y comparativa en la antropología. Sin olvidar a George Simmel, uno de los padres de las ciencias sociales, que plantea el estudio de la sociedad como una progresión de microinteracciones de entre individuos que se expanden en complejidad.

Posteriormente, a partir de los años cincuenta y sesenta, emerge el interaccionismo simbólico con G.H. Mead a la cabeza. Esta corriente se centra en el estudio de las situaciones de interacción, en la reglas inconscientes compartidas que se instituyen dentro de las interacciones y en la realidad social colectiva, construida en base a esta interacción. Paralelamente comparece Erving Goffman, sociólogo inclasificable que

propone una sociología cuyo individuo interpreta un personaje, cuyo rol eclosiona y maniobra en función de la situación contextual que debe acometer.

La aparición de estas nuevas corrientes epistemológicas y metodológicas abarcan nuevas formas de conocer lo social desde contextos acotados, vinculados a acciones de la vida cotidiana y que plantean el conocimiento de la sociedad desde las acciones “in situ” de sus propios integrantes.

### **3.1 La perspectiva situada**

Es en los agregados sociales aleatorios, espontáneos, que se dan durante el desempeño de las actividades cotidianas, donde se generan unidades de interrelación, que aparecen y se disuelven continuamente, acomodándose al ritmo y flujo de otras acciones simultaneas, generando un entramado enorme de interacciones. Estos comportamientos menores, de mediocre importancia, son en realidad el “cemento” de la sociedad (Simmel, 2001: 121 ).

La perspectiva situacional consiste en describir y analizar el desarrollo de estas las interacciones. Su objeto de estudio comprenderá las reglas conscientes y sobre todo las reglas inconscientes que las personas acatan cuando entran en copresencia física con otros en diferentes contextos.

Estamos hablando de pautas normativas que se construyen y se emplean ultrapasando a las instituciones primarias como clase, género, etc. Se trata, por parte de los participantes que intervienen, de conocer las normas necesarias para poder interactuar de forma adaptada a los contextos y a las situaciones regularizadas. No hacerlo, conllevaría la posibilidad de ser sancionado socialmente. Según Goffman, un delito o infracción del orden social requiere urgentemente acciones correctivas que restablezcan el orden amenazado y reparen el daño causado. Estas acciones compensatorias se dirigirán a restablecer, no sólo la regularidad del proceso social sino también las normas que lo enmarcan. Algunos de estos correctivos servirán también de sanciones negativas al contraventor(...) Así, los participantes ofendidos pueden reaccionar apartándose del ofensor, desconociéndolo por completo, agrediéndolo francamente, o incluso modificando radicalmente el marco y las distancias sociales en que se basa la interacción (Goffman,



1991:94-95). Es aquí cuando debemos introducir la definición de orden social, y para ello nos valemos de la definición de Durkheim, “el orden social constituye un orden moral establecido como una realidad fundamental de la vida en sociedad: el hombre es un ser moral porque vive en sociedad” (Durkheim, 1993: 104).

Estos procesos microsociales que nos atañen se cimientan en el orden de las interacciones entre individuos. Estas interacciones se dan siempre dentro de un contexto situado, esto es: en unas coordenadas temporales y espaciales concretas, en un lugar y un tiempo determinados.

En esta investigación, nuestro objeto de estudio no es tanto el individuo, sino la situación en la que este participa o en la que interacciona. Nos conciernen los “conocimientos situados” (Haraway, 1995: 324) que se generen durante la misma.

La perspectiva situada conlleva que en cada contexto se establece un orden social particular que responde a unas reglas precisas, que son obedecidas y compartidas por los actores implicados en dicha situación; estos llevan a cabo una serie de acciones para preservar ese orden, con el fin de no poner en peligro el flujo normal del acontecimiento. Una actividad situada es, entonces, una actividad cuyos actuantes son capaces de poder describirla y además tienen la posibilidad de volver a ejecutarla y cuya presencia aparece en el vocabulario de los participantes a través de justificaciones, excusas o reparaciones (Joseph, 1998: 29).

Los procesos microsociales estudiados bajo este enfoque, dado que están modelados por el contexto situacional que los organiza, presentan unas características “sui generis”, esto es, con características repetibles sólo en ese escenario; ajustadas a esas únicas condiciones.

No habrá, con toda seguridad, dos salas de esperas en atención primaria que den pie a una etnografía de similares características. No habrá, por decirlo de otro modo, situaciones de interacción con las mismas particularidades, ni con las mismas secuencias de desarrollo.

En este escenario, los pacientes, llevan a cabo un pacto colaborativo tácito para salvaguardar la situación en la que se espera, partiendo de la obediencia a las mismas normas.

### **3.2 La definición de la situación**

El concepto de situación aparece en ciencias sociales de la mano de uno de los pioneros de la Escuela de Chicago, William H. Thomas, para el que "previamente a todo acto de conducta auto-determinado existe un estado de examen y de liberación que podemos llamar la definición de la situación. Y realmente no sólo los actos concretos dependen de la definición de la situación, sino que gradualmente toda una política de vida o la personalidad del individuo mismo provienen de una serie de definiciones de este" (Thomas, 2005 : 28).

Básicamente la definición de la situación respondería a la pregunta qué está pasando cuando llegas a un nuevo contexto social. La definición de la situación pasa porque los individuos concernidos averigüen las acciones o conductas pertinentes y predecibles para ser reconocibles como aceptables. El análisis de los cuadros sociales descritos aplica una perspectiva situada, atenta a acontecimientos que se producen en la vida pública de las personas, es decir, en aquellos momentos en que se someten a la percepción y el juicio ajenos. El escenario es una sala de espera de un centro de atención primaria de la seguridad social catalana, un lugar público, en el sentido de accesible a todos, en el que se ha llevado a cabo un inventario de los condicionantes de la acción que en ellos se desarrolla: vectores físicos, ambientales, sociales y psicológicos que posibilitan la situación marcada a priori por el organigrama de los procedimientos acordes al terreno.

Este espacio colectivamente demarcado está incluido dentro de una estructura institucional sanitaria mayor, el Institut Català de Salut, cuya pretensión es delimitar y reglar los procesos y conductas que allí acontecen a la manera que se presupone la correcta, siguiendo los protocolos biomédicos. Su objetivo principal es el de convertir individuos enfermos en individuos sanos.

La definición de la situación, que deviene del propio juicio del individuo, al llegar a la sala de espera, acota el abanico posible de expresiones, comportamientos, expectativas, conductas, etc. para adaptarlos al contexto adecuado, el perseguido: el adecuado socialmente a la entorno, donde se eviten episodios disruptivos que amenacen el orden de la interacción. Fracasas en esa búsqueda de coherencia pone en peligro la interacción y, en consecuencia, surge la necesidad de repararla con el objetivo de salvarla.

Definir la situación, por tanto, es crucial para los individuos implicados en el

encuentro social. Se trata de identificar cooperativamente la estructura de interacción social a seguir por parte de todos los actores implicados, el rol o estatus (Goffman, 2006: 28) que se ocupa y la batería de comportamientos oportunos.

Por tanto, la definición de la situación es una decodificación de las acciones válidas, por parte del individuo, que se adecúan de manera considerada pertinente al contexto específico. La intención es disminuir de la manera más hábil posible los niveles de incerteza durante el desarrollo del acontecimiento. Para ello todos los actores (pacientes y profesionales) deben presentarse ante los demás de la manera más coherente y verosímil posible, acordes a la situación en la que deben operar de manera negociada.

Definir la situación significa identificar cooperativamente qué estructura dar a la interacción: es muy importante aclarar que contemporáneamente hay un trato sobre la definición que se establece (Wolf, 1979: 37)

Se entra así en un juego hábil en el que el manejo de las impresiones establece la realidad en la sala. La impresión fue considerada a su vez como una fuente de información acerca de hechos no manifiestos y como un medio a través del cual los receptores pueden orientar sus respuestas al informe sin tener que esperar que se hagan sentir todas las consecuencias de las acciones de este último (Goffman, 2006 : 265). Los pacientes han de parecer y manifestarse muy enfermos y los sanitarios han de simular estar muy profesionalizados.

Como explicaba, una persona que se traslada hasta un establecimiento sanitario para recibir algún tipo de tratamiento, debe dar la impresión afinada de que padece una dolencia ante el resto de pacientes y sobre todo ante los profesionales sanitarios, igualmente, cuando sea interrogado en la consulta, debe generar un discurso acorde a la enfermedad que supuestamente padece, con unos síntomas plausibles a su malestar.

Aunque estos microsistemas sociales se conforman y diluyen rápidamente, en su interior los individuos copartícipes se esfuerzan por definir la realidad de manera cooperativa. Ejemplificando esto, las personas que han llegado hasta este sitio a subsanar sus malestares no es muy probable que comiencen colectivamente a ejecutar bailes de salón. En contraposición, de manera negociada y no verbalizada, coinciden en seguir con la disposición del uso habitual de la sala. Redefinen a cada momento el orden situacional,

aplicando pequeños ajustes en sus actuaciones, donde hay un consenso tácito que permite que se mantenga intacto un perfil acordado de “sala de espera”. Cuando se explica que estos microsistemas sociales se conforman y diluyen rápidamente, hablo de que las formas de interacción que se dan dentro del emplazamiento suelen ser de corta duración y de un intercambio escaso de palabras, en estos casos cobra gran relevancia otros estudios en la comunicación como son la proxemica y la kinésica.

El comportamiento interaccional comprende una variedad de movimientos por los cuales una parte o conjunto del cuerpo se adelanta o se retira, o mantiene cuidadosamente una misma distancia, con relación a los otros participantes de la escena de interacción (Birdwhistell, 1970: 232).

A modo de cierre apuntaremos que la teorización en el conocimiento situado, sobrepasa la dicotomía entre el universalismo racionalista y el particularismo relativista. Lo que propone este tipo de abordaje es una visión epistemológica basado en el análisis de los contextos habituales.

La producción de conocimiento social por tanto, se da a través del análisis de las actividades situadas; el conocimiento social, parte de un sustrato material y simbólico. Se ancla en sistemas vivos de sociabilidad, marcados por las sinergias entre individuos que cohabitan en determinados espacios, durante intervalos acotados de tiempo. Desde esta perspectiva el conocimiento deviene ineludiblemente como forma de práctica social y tienen como base un contexto histórico, material y simbólico real, es decir, como el producto de un trasfondo corporal e histórico en el cual se articulan saberes y prácticas: artefactos, espacios y tradiciones que hacen parte de una forma de vida viva.

Desde esta perspectiva, el conocimiento es parcial y posicionado, ya que surge de las características semiótico-materiales de las posiciones y articulaciones que estarían en constante transformación y a partir de las cuales se nos posibilita el conocimiento. Es decir, no existiría la posibilidad de conocer desde ninguna parte, siempre lo haríamos desde un cuerpo, un tiempo y un lugar (Haraway, 1995: 357).

### **3.3 El interaccionismo simbólico**

El interaccionismo simbólico es una corriente de pensamiento propia de la sociología, la antropología y la psicología, que se constituye en la primera mitad del siglo XX. Su premisa fundamental es entender al individuo como un ser social en interacción con el resto, cuyos procesos de interacción originan nuevos significados de acción y aprendizaje en el individuo y conforman así su personalidad.

Esta corriente, fundamentada en la filosofía fenomenológica, se aleja del estructural funcionalismo; pone énfasis en la interacción de los individuos y en la interpretación de estos procesos de comunicación así como en las situaciones inmediatas entre personas.

Su interés se halla vinculado a los significados compartidos dentro del cual actúan e interactúan, y por tanto, en el que se comunican las personas. El contexto de análisis básico es, así pues, el mundo de cotidianidad. La vida cotidiana, mencionamos arriba también más arriba, se define como un compartir el espacio y el tiempo. En tanto espacio, se define porque mi zona de manipulación se intercepta con la de otros (Berger y Luckman, 2001: 41)

El interaccionismo simbólico, no presta demasiada atención a las estructuras sociales, a los sistemas y a las relaciones funcionales, sino al mundo de significados de los símbolos, es en este nivel en el que el sujeto realiza un trabajo cognitivo propio. Lo novedoso de este planteamiento reside en que no se limita a contemplar factores causales, sino que señala la existencia de un proceso interpretativo personal en el significado de las cosas, fruto de la interacción social, orientando a partir de ahí su conducta. La interacción simbólica, gran foco de atención en esta investigación, sería algo así como la emisión de un gesto y una respuesta que deviene al significado del mismo. Cuando el significado, es similar para ambas personas en el acto de comunicación, la comprensión se produce.

Por otro lado, la copresencia entre individuos no es suficiente para generar una interacción. Debe existir una intencionalidad de accesibilidad mutua. De esta manera se detona un intercambio recíproco que de vida a una organización social mínima. En el momento que esto se produce, los

individuos aceptan unas normas de interacción y una simbología compartida en continua construcción.

George Herbert Mead es considerado el máximo representante del interaccionismo simbólico. Mead considera el acto como la «unidad más primitiva» de su teoría Mead (1982: 27). Las situaciones sociales se componen de interacciones, que a su vez se componen de secuencias de acción, que a su vez se componen de actos. Son los actos las unidades primigenias que focalizan gran parte de nuestra investigación ya que en esta sala de espera la tendencia es la de guardar silencio. Así pues, los actos y su concatenación en secuencias de acción, son fundamentales para la construcción de significados de aquello que vamos a observar.

### **3.3.1 La ritualización en el espacio.**

#### **rituales de acción compartida: la espera**

La espera en una sala, es aquel ritual compartido aceptado y respetado, incluido como acto en la cotidianidad de la esfera pública del individuo. Un acto condicionado por la visibilidad mutua del individuo dentro de la sala, lo que genera rituales o modos de interacción particulares y únicos en ese emplazamiento. Es aquí donde los ritos de interacción cobran sentido. Procederes únicos que pueden llegar a generar automatismos en este emplazamiento. Pequeños actos convencionalizados incluidos en una praxis fluida y acostumbrada, que quedan condicionados por el contexto físico e interaccional. Joseph lo enuncia como pequeñas veneraciones de la vida cotidiana (Joseph, 1999: 42).

Por ritual nos acogemos a la definición de Durkheim (1982: 324) “el ritual es un acto formal y convencionalizado a través del cual un individuo manifiesta su respeto y su consideración hacia un objeto de valor absoluto o hacia su representación”, en el sentido que explica Durkheim, las personas acuden hasta estos centros sacros -los centros sanitarios- donde las personas concurren para sanar. Estos centros, se presentan como establecimientos o

áreas acomodadas donde establecerse un cierto tiempo en una espera regularizada, cumpliendo con lo señalado de manera protocolaria, a la manera que insta la organización oficial, en este caso es Servei Català de Salut. Se trataría de un ritual de acción compartida ya que individuos desconocidos entre sí, cumplen con las mismas secuencias de actuación ordenadas y pertinentes en un entorno físico demarcado; siguiendo secuencias de actuación en un orden prefijado con un principio y un fin delimitados. Estableciéndose un tipo socialización puntual, discontinua y acotada. Este fenómeno o manifestación social colaborada se vincula, se imbrica física, emocional y simbólicamente al lugar donde el individuo se dispone a sanar. Este ritual tendrían una doble función, por un lado la afirmación del valor del individuo y por otro el mantenimiento y refuerzo de un del orden social. Según Queré el individuo en este tipo de actos refuerza su sentido identitario y de pertenencia social. “Acciones que se determinan las unas a las otras en la secuencia de su aparición situada, y en términos de individuos [cuya] identidad subjetiva emerge de sus interacciones con otros individuos y con su entorno físico y social” (Queré, 1989: 49).

Lo interesante del ritual es la confluencia cognitiva entre el aspecto simbólico y territorial, lo material con lo inmaterial, lo visible con lo invisible, lo evidente con lo difuso. Y como el individuo se maneja en esa praxis de manera familiar y habitual en los diferentes escenarios de su día a día. La sacralización del espacio trillado, acostumbrado, rutinario, es lo que se atiende en este estudio.

Las acciones/interacciones entre individuos que actúan en grupos pueden o no estar alineadas, o sea coordinadas. Las acciones/ interacciones evolucionan con el tiempo a medida que las personas definen o dan significados a las situaciones. Bajo algunas condiciones no se da la alineación y la situación se torna conflictiva y con el tiempo se deteriora por completo (Strauss y Corbin, 1990: 147)

Una aproximación a un objeto de estudio de estas características requiere de una metodología específica para su análisis. Si un ritual se compone de secuencias conductuales simbólicas, ejercitadas en una praxis colectiva, necesitaremos de un tipo de método que se encargue de manera eficaz de

desglosar y descifrar su contenido. La conducta accionada en el individuo, se induce con la la prosecución de gestos continuados que, en orden, y respetando un código, emite un mensaje. Por tanto, uno de nuestros objetivos congruente será atender a la conducta no verbal dentro de la sala, sin despreciar a la información verbal que se obtenga. Según Joseph (...) una investigación rigurosa sobre la materialidad de las ceremonias requiere de instrumentos de análisis de la comunicación verbal y no verbal que el análisis de la conversación y la etnografía de la comunicación han desarrollado para el estudio de situaciones ordinarias de cara a cara (Joseph, 1999: 40).

### **3.3.2 La sala de espera como símbolo en sí mismo**

Entendemos la sala como un símbolo en sí mismo y nos establecemos en de la definición construida por G.H. Mead “un símbolo que responde a un significado en la experiencia del primer individuo y que también evoca ese significado en el segundo individuo. Cuando el gesto llega a esta situación, se ha convertido en lo que llamamos «lenguaje». Es ahora un símbolo significativo y representa cierto significado” (Mead, 1962: 46).

Bateson incorpora que los sistemas de reglas posibles que dos personas pueden tener en común son numerosos y complejos. Entre ellos cabe caracterizar el que se ha caracterizado como simbiótico. Esta designación, tal como comprendo, se refiere a un sistema de convenciones no verbalizadas y de ordinario inconsciente en el que, por ejemplo, A y B “están de acuerdo” para tomar sus respectivos mensajes con un espíritu distinto al que fueron imaginados (Bateson, 1971: 17).

Una simbología compartida se traduce en aquellas disposiciones mentales que son manifestadas como formas comunes de estar y actuar colectivas que conciernen a individuos que comparten su presencia temporal dentro de la sala de espera.

En el mismo momento en el que se accede a la sala, ésta, dotada de una connotación simbólica que se extiende más allá del propio significado, el individuo ocupa el espacio con distinta disposición a como lo haría en la calle,



en una piscina municipal o en su propia casa. En el momento que cruza el umbral muestra un respeto por sus normas y obedece todo un sistema reglado externo a él mismo. Esta disposición o manera de estar, los procedimientos, así como las relaciones en este espacio no se hacen de cualquier manera, el individuo se entrelaza o adscribe a unas normas explícitas y otras intuitivas del emplazamiento. Desde este punto de vista, la sala es vista como lugar sacro, donde se demarcan muy bien los recorridos posibles, es decir, los circuitos permitidos y los prohibidos. Los turnos respetados, los silencios acatados, la accesibilidad a las personas. Este lugar que tiene por centro a la persona, el lugar redentor. La persona es vista como un objeto intocable, un símbolo sagrado al que salvaguardar y preservar a toda costa. La persona humana es algo sagrado cuyos límites no deben violarse (...) (Durkheim, 1982: 325).

Se ha creado todo un servicio de urgencias que está en funcionamiento las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año, invirtiendo recursos en personal sanitario y administrativo, así como en tecnología y en recursos materiales y organizativos, para que la integridad del individuo se mantenga lo más preservada posible. De hecho el objetivo biomédico de la institución sanitaria es convertir pacientes con dolencias en personas totalmente sanas. Reparemos en que tenemos un sistema público sanitario en el que uno de sus pilares fundamentales es la prevención de la salud para la preservación del individuo. Como apunta Goffman, si las personas no fueran objetos rituales delicados, los encuentros no estarían organizados como habitualmente lo están (Goffman, 1974: 30).

Por otro lado, la misma sala sería un símbolo con otra connotación ya que el individuo al pensar en ella evocaría padecimiento, hastío, molestia. Representaría el área espacial que los constriñe a esperar y despierta la afección, contrariedad, desasosiego. En contraposición, el exterior de la sala, lo que no es la sala o el momento de la salida de la misma, representa la sanación, el alivio, la vida, lo balsámico, la calma. El exterior, el afuera. Presto un interés especial a la puerta a través de la cual se accede al facultativo médico. La carga simbología que representa atravesarla supone alcanzar el descanso y la sanación por el enfermo, que hasta ese momento permanece

en una especie moratoria sigilosa hasta ser atendido. La sala de espera es entendida como zona liminar. Al cruzarla poco después se desprenderá de sus ropas, y posteriormente se someterá a una auscultación por los médicos curadores, para después de este proceso, alcanzar la sanación. Este pasaje, podría ser visto como una especie de rito de paso. Hallamos en la sala una única ventana, la puerta de entrada a la visita médica y la puerta de salida al exterior de las instalaciones que da directamente a la calle. Estas tres unidades representarían fronteras y los umbrales, las zonas prohibidas, las zonas no permitidas sin el permiso concedido de otros; también son zonas que evocan objetivos donde llegar y zonas de redención.

Otros símbolos significantes a destacar dentro de la sala encontramos el uniforme del personal sanitario que consistiría en un pijama de dos piezas blanco y en otros casos una bata, también de color blanco. Portan consigo una manera de identificar a los individuos profesionalizados y a la vez conquistan un significado que va más allá de la propia identificación: dolor, enfermedad, poder, jerarquía, sanación, confianza, alivio, sistema sanitario, etc.

Cabe matizar que en nuestro día a día signos y símbolos se entremezclan entre sí, no son dissociables de las convenciones que los ratifican socialmente. Dicho de otra manera, no hay equipamiento ni estrictamente simbólico ni tampoco exclusivamente físico. Lo que transforma un área física en una entidad sociológicamente pertinente, son las normas que permiten controlar el orden de los lugares y la comunicación entre sus integrantes.

### **3.4 Una microecología del espacio acotado**

Para Simmel (1976: 645) el espacio es una “actividad del alma, la manera que tienen los hombres de reunir, en intuiciones unitarias, los efectos sensoriales que en sí no poseen lazo alguno”. Su idea del espacio consiste en instituir una relación, donde se inscribe la acción social: “La acción recíproca que tiene lugar entre los hombres, se siente como el acto de llenar un espacio”.

Para estos autores, lo que convierte un área en un espacio pertinente a la microsociología, es el desarrollo de relaciones interpersonales en su seno, el

espacio no adquiere categoría tal si no es un espacio vivido, convivido.

Lo que transforma un área física o sensible en una entidad sociológicamente pertinente son las reglas que permiten controlar el orden de los lugares y la comunicación entre los participantes ratificados, transeúntes, espectadores obligados o "no-personas" (Joseph, 1999:70).

La microecología es el campo que se ocupa de las aproximaciones o alejamientos que los individuos y sus cuerpos establecen con los marcadores físicos que les conciernen en los contextos particulares en los que se manejan, así como marcadores interpersonales que se establece en este contexto coparticipado. Es aquí cuando definimos el concepto de proxemica como el estudio de la percepción y del uso del espacio por el hombre, no se relaciona directamente con ninguno de estos trabajos. Al contrario, está mucho más cercana al complejo de las actividades comportamentales y sus extensiones, conocidas por los etólogos por bajo el concepto territorialidad (Hall, 1968:83).

En la configuración del espacio y las distancias de interacción de cada situación, el semiólogo reconoce un lenguaje presente pero silente (Hall, 1959: 110). Nos movemos en zonas de proximidad y separación de tácito cumplimiento entre individuos, que sólo emergen en nuestra consciencia en el momento de su quebrantamiento.

La microecología se encarga de los fenómenos sociales que regulan los intercambios que mantienen las personas entre si, con su medio físico y con los objetos que lo conforman. El espacio de caracteres fijos describe los objetos materiales y el diseño, de carácter subjetivo, de piezas y edificios que rige el comportamiento humano (Hall, 1972: 33).

La ecología se ocupa de registrar el ordenamiento del emplazamiento en función de su foco de actividad en el espacio acotado que nos ocupa. La cadencia, o secuenciación temporal de las actividades que se suceden en el área de manera normativa. De este modo estudia la regulación de sus actividades en función de los tiempos en el espacio o bien la subversión de estas normas al romper con las cadencias.

Interesante el desplazamiento de los cuerpos entre los objetos del emplazamiento, la demarcación de recorridos precisos, constantes y fluctuantes; piénsese en objetos inamovibles que el individuo sobrepasa en

el área de espera: macetas artificiales, bancadas consecutivas alineadas, puertas corredizas, puertas a las que se accede sometiéndolas a la aplicación de fuerza para abrirlas (empujón), puertas transparentes, puertas opacas, flechas dibujadas en la pared indicando itinerarios. Piénsese además en los recorridos emprendidos por los pacientes con una secuencialidad siempre parecida, una y otra vez, una y otra vez. Y es que que los asistentes de la sala tienen objetivos similares, la atención médica rápida, sobrepasar la puerta que da a los boxes de asistencia médica.

Asimismo los individuos aposentados por un tiempo incierto en esa área interpretan el espacio, lo someten , lo subvierten, lo moldean momentáneamente. En ocasiones traen consigo otros objetos propios ajenos al emplazamiento, que modifican la distribución o geometría del área.



Objeto inserto en la instalación por un  
Paciente que espera.

Piénsese en el imbricado simbólico y relacional que se generan entre artefactos, objetos y seres vivos a través del vector tiempo. El individuo ejecuta recorridos de evitación para no chocar contra ellos, contra la materia y por supuesto para evitar contacto o impacto contra otras personas y no originar en los demás desagrado y embarazo. Los miembros de una comunidad ordenada no se apartan de su ruta para agredirse mutuamente. Y aún más, cada vez que sus trayectos interfieren, hacen los ajustes necesarios para escapar a la colisión y lo hacen según una cierta regla convencional (Ross en Goffman 1979: 25).

En cuanto a la territorialidad, dentro de la sala, la aceptada por la institución y asumida intrínsecamente por el individuo en este caso, respondería a la regla: a cada persona le corresponde un asiento, esta sería la pequeña dependencia personal simbólica, inescrutable, la región de cada uno. La

zona que podemos designar como propia, la zona justa de repliegue individual, la zona asegurada. La transgresión de de esta regla desplegaría mecanismos correctivos o de reparación por parte de la organización o bien por parte de los otros individuos asistentes.

Las posturas y los gestos se ajustan al mobiliario, se establece inconscientemente una ergonomía de los movimientos condicionada por los objetos materiales insertos a priori en el emplazamiento y el individuo ajusta sus trazados de aproximación, separación, desviación al mobiliario. Hall considera que es posible aprender mucho sobre la manera que tienen los miembros de una cultura dada de estructurar el espacio en diferentes niveles de abstracción, creando situaciones simples en las que manipulan objetos (Hall, 1968: 98).

Nos ocupan la disposiciones interaccionales con el entorno, con el medio. En este caso, se despliega un lenguaje corporal de los participantes adecuado a la instalación: trazados cortos, rectos, de evitación preventiva contra mobiliario e individuos. Secuencias de movimientos lentas habituales, con fragmentos puntuales de aceleración cuando los pacientes son convocados.

Podemos establecer la línea de actividad general siguiendo el trazo que el individuo despliega a través del área, en un periodo de tiempo determinado, desde que entra a la unidad hasta que sale de ella:



Un circuito de tránsito casi invariable para cada uno de los individuos que acuden hasta el emplazamiento. Aceptado normativamente.

### 3.5 Goffman y el orden de la interacción

Erving Goffman es el teórico que consolida el estudio de los contextos próximos y cotidianos como relevantes para las ciencias sociales “todos estos requisitos normativos de la simple presencia no han tenido todavía una consideración sistemática” (Goffman, 1967: 162).

Durante sus primeras etapas tuvo acceso al Nacional Film Board, un centro cinematográfico canadiense en el que trabajó en la producción de cine documental. En 1943 colabora como discípulo del cineasta y documentalista Jonh Grierson, donde aparece en uno de sus filmados. Esta experiencia fundamentaría su posterior obra “Frame Analysis” (1986). Según Delgado (1999), Goffman contempla la vida cotidiana no a partir de la metáfora teatral, que es lo que suele repetirse al respecto de su obra, sino siguiendo un concepto puramente cinematográfico de la interacción, en la que ésta puede ser reconocida como un conjunto encadenado de planos y contra planos, de movimientos de zoom, de panorámicas, de primeros planos, de planos cortos. Toda la obra de Goffman es ante todo visual, sobre todo su *Frame Analysis*, en la que el referente cinematográfico aparece ya abiertamente explicitado (Delgado, 1999:74).

Paralelamente, otros teóricos describen que Goffman aborda la vida social desde la metáfora teatral. Propone la vida social como una dramaturgia, la conforman actores y un público constituido por otros actores, al que se dirigen sus representaciones.

Conforme a esto, el actuante lleva a cabo una representación frente a una audiencia, adoptando expresiones, con el fin de manejar las impresiones que se puedan generar en esta, hasta tal punto que se podrían considerar a las interacciones como juegos en los que los actuantes se comportan como estrategias, llegando a manipular la información para alcanzar sus fines. Bateson en 1971 describe de la siguiente manera la maniobrabilidad de los actuantes: “fingiendo no reparar en los matices y en las insinuaciones, o viendo sobreentendidos que no eran intencionales, las personas mantienen un extraño simulacro de comprensión” (Bateson, 1971: 17).

Goffman separa las expresiones explícitas [lenguaje verbal], de las expresiones indirectas [comunicación no verbal], posturas corporales, gestos, tono ya enunciadas por otros investigadores.



Boxes atención médica servicio urgencias CAP Manso: Jornada Puertas Abiertas  
Fuente: <https://atencioprimariaicsbcn.wordpress.com/cuapmanso/>

Distingue los elementos que él denomina objetos, que serían aquellas piezas materiales que la persona endosa o porta (ropa, accesorios) y diferencia el medio, como aquellos elementos materiales constantes y estables (muebles, menaje, decoración, señales).

Indispensable abrir un paréntesis en lo que sería la comunicación no verbal, para explicar la nomenclatura imprescindible de la que más tarde haremos uso al desarrollar nuestra etnografía.

Por un lado el concepto de proxémica, según define Hall (1968) La proxémica: el estudio de la percepción y el uso del espacio por el hombre (...) cercana al complejo de las actividades comportamentales y sus extensiones, conocidas por los etólogos bajo el concepto de territorialidad. Trata esencialmente de distancia fuera del campo de la conciencia (Hall, 1968: 83 ). Esto es, la disciplina que estudiaría el vínculo espacial entre individuos, como manifestación social significativa.

La kinésica es la ciencia que se encarga del estudio del significado comunicativo de los movimientos corporales y de los gestos aprendidos o

somatogénicos en la conducta no verbal, de la percepción visual, la táctil o la auditiva, solos o en relación con la estructura lingüística y también paralingüística, además de con la situación. Recordemos la escena del cigarrillo descrita entre Doris y Gregory cuyo autor Birdwhistell (1970: 175) muestra como el comportamiento interaccional comprende una variedad de movimientos por los cuales una parte o el conjunto del cuerpo se adelanta o se retira, o mantiene cuidadosamente una misma distancia, con relación a otros participantes de la escena de interacción.

Continuando con Goffman, el actuante, para llevar a cabo su personaje dispone de una dotación expresiva a la que llama fachada (Goffman, 2006: 34). La parte de la actuación del individuo que funciona regularmente de un modo regular y prefijado, a fin de definir la situación con respecto a aquellos que observan dicha situación. La fachada, es la dotación expresiva de tipo corriente empleada intencional o inconscientemente por el individuo durante su actuación (Goffman, 2006: 35). Se corresponde con las características personales el rango, el vestido, el sexo, la edad, las características raciales, el tamaño, aspecto, el porte, las pautas del lenguaje, las expresiones faciales, los gestos, así como otras características semejantes. De estos elementos fachada enumerados algunos de ellos son cambiantes o modificables otros como sexo o edad no lo son.

En un contexto como el de la sala de espera, donde preponderan las interacciones en base al manejo de las primeras impresiones, la fachada supone un aspecto destacable en nuestro estudio.

Los actuantes deben mostrar estos elementos coadyuvantes en el manejo de las impresiones en marcos de referencia situacionales. Ateniéndonos a la definición de Wolf (1979) “Los marcos, los frames, constituyen los modos en los que se cataloga o se vive la experiencia que los actores tienen de la realidad (social o no)” (Wolf, 1979: 40). Dicho esto, en el servicio de urgencias el paciente orienta su comportamiento a las reglas de la sala, como guardar silencio y esperar sentado; y adapta sus actuaciones a la congruencia situacional del emplazamiento, en este caso parecer enfermo. El marco o frame constituye el modo en que se cataloga cognitivamente y cómo se vive la experiencia que los actores tienen de la realidad. Provendría de un



encuadre más psicológico -cuyo precursor fue Bateson (1955) - y nos lleva hasta un sistema de códigos de acción o instrucciones en un flujo de acontecimientos dado.

Explicado de otro modo, un marco sería un dispositivo de atribución de sentidos, que rige la interpretación de una situación y el compromiso en ella. Representarían los encuadres o marcos autorizados en la definición de la situación de las lo que Sandoval llama las “acciones situadas” (Sandoval, 2015: 38) que los diferentes actores infieren a través de la interacción, es decir, las atribuciones cognitivas, la batería comportamientos, compartidos y pertinentes, que evocan y reproducen los actantes según el contexto.

Además, este marco conocido como sala de urgencias, generalmente estable y continuo en el espacio, supone unas coordenadas de ordenación, distribución y adaptación situacional constantes para la persona que concurre en esperar. Por tanto, es poco probable por ejemplo que un paciente sin patología psiquiátrica se presente en la sala con su animal de compañía. O con menor probabilidad, los pacientes no acudirán en ropa interior a esperar dentro del habitáculo; lo harán vestidos y calzados.



Sala espera centro Miguel Servet  
Fuente: el Periódico de Aragón 24/10/2008

Para Goffman, cada advenimiento o secuencia de acción, que acaece en nuestra vida ordinaria, conforma un sistema de actividades situadas cuyos

componentes claves son las interacciones. Entendemos por interacciones: acciones recíprocas de sociabilidad mutua, comprensibles.

El encuentro social (Goffman, 1967: 107) es aquel que deviene cuando los sujetos se encuentran en copresencia física y dan señales de ser accesibles a la interacción. Deviene, cuando los individuos se instauran en un marco de acción compartida con umbrales de conducta finitos y permitidos, con un rol colaborativo que les precede, donde las inferencias que se generan entre ellos, ponen de relieve maniobras, casi automatizadas, que sostienen la interacción. Allí se pactan acciones cooperativas siguiendo pautas de tácito cumplimiento.

Goffman distingue tres tipos de episodios en la vida cotidiana:

La ocasión social es un acontecimiento que se contempla antes o después como una unidad, un evento que sucede en un tiempo y un lugar específicos y que dicta el tono para aquello que sucede en su interior y durante su desarrollo (Goffman, 1967: 160).

La ocasión social se identifican con los encuentros sociales y presenta límites y fronteras perceptibles, una regulación interna en su desarrollo y un compromiso de accesibilidad mutua en sus integrantes.

Las situaciones sociales, según este autor, son “cualquier ambiente determinado por la posibilidad de un control recíproco tal que pueda prolongarse todo el tiempo que dos o más sujetos se encuentran en inmediata presencia física el uno del otro y que se extiende a todo el espacio en el cual semejante control es posible” (Goffman, 1967:190).

Hablar de control recíproco (Goffman, 1979: 118) implica una atención no focalizada de los aquellos individuos que quedan delimitados perceptivamente dentro de nuestro campo visual. Así pues uno es sujeto y objeto de control en el mismo momento en el que se establece contacto visual con otras personas con la que comparte un mismo espacio.

La sala que nos compete, está iluminada las 24 horas del día con luz artificial, por como están posicionados los asientos, la visibilidad de todos sus componentes, incluidas las personas instaladas, es total. Así que todos los individuos dispuestos en el recinto tienen una accesibilidad visual mutua, lo

que lleva a un control social casi inconsciente e inevitablemente recíproco. En las siguientes líneas Goffman describe el manejo de impresiones en relación a la visibilidad en espacios públicos. “Como integrantes de un auditorio, es natural que sintamos que la impresión que el actuante trata de dar puede ser verdadera o falsa, genuina o espuria, válida o “falsificada”. Esta duda es tan común que, como se señaló con frecuencia prestamos especial atención a rasgos distintivos de la actuación que no pueden ser anejados fácilmente, permitiéndonos así juzgar la confiabilidad de las sugerencias más tergiversables de la actuación” (Goffman, 2006:71).

Esto supone que las interacciones entre individuos están altamente ritualizadas, condicionados por los aspectos normativos de la sala, así que el personaje paciente debe mostrar pleitesía por las normas y acatar su secuencialidad en su cumplimiento, ya que su exposición a los juicios ajenos es total. Hacer cola, hablar con tono bajo, caminar despacio, no aguantar la mirada en exceso. De Biasi subraya que en estos microsistemas acotados, generalmente, la situación de interacción está ya predeterminada por la sociedad y, en tal sentido, precede y condiciona los espacios y las formas de acción de los individuos (De Biasi, 1995: 15).

Entre los actores se establece un consenso operativo, es decir, un acuerdo implícito entre los actuantes, en la construcción de la definición de la situación negociada. Se trata de maniobrar conductualmente entre los otros, de tal forma de que se entorpezca lo menos posible, el transcurso de la actividad situada. De este modo, los individuos en escena se muestran inteligibles hacia los otros en el mantenimiento del encuentro. El encuentro social, por tanto, se identificaría con los encuentros de interacción entre individuos. La interacción –en el sentido de la interacción cara a cara– puede ser definida, en términos generales, como la influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran ambos en presencia física inmediata” (Goffman, 2006 :39).

### **3.5 La sala de espera: lugar de puesta en escena del paciente**

Para Goffman la noción de individuo se aleja del concepto de sujeto, y se acerca a la noción de sí mismo [self]. Reproduciendo la “dualidad constitucional de la naturaleza humana” (entre individualidad y la personalidad social) de Durkheim, o la dialéctica de Mead entre I y Me, Goffman separa al individuo en dos partes: una, el actor, su soporte material, físico, biológico, cognoscitivo, y otra, es el personaje, la que está constituido por la imagen que un individuo tiene de sí mismo (Goffman, 2006:). Para este autor, el individuo es un ser que utiliza múltiples representaciones de sí mismo. Tales representaciones le hace presentarse como diferentes personas según el contexto de interacción social en el que debe conducirse. Según Goffman el individuo sería un ser que básicamente interacciona.

Imaginemos la sala de espera como una escenografía, una puesta en escena de diferentes personajes con un guion preestablecido, un rol concreto (Goffman, 2006:), donde los personajes que adoptan el papel de personal sanitario y los personajes de pacientes usuarios, confluyen en la misma trama escenográfica. Ambos se esfuerzan porque sus representaciones sean congruentes y se alineen cordialmente a las actuaciones de los otros.

Los pacientes, actores polimorfos, bajo la metáfora teatral, reclaman ser atendidos o ignorados, no en función de lo que realmente son o creen ser, sino en función de lo que parecen o esperan parecer. Según (Berger y Lukmann, 1966: 142) “la identidad subjetiva es una” identidad precaria que adquiere una imagen de realidad de la superposición y los intersticios entre los distintos papeles sociales puestos en escena.

Según Delgado (2008) se juzga, ante todo, su capacidad para adaptarse al medio o para intentar modificarlo, usando para ello la manipulación de las impresiones, la astucia, la ambigüedad y las mentiras. Ese sujeto no es un sujeto, sino el objeto de aquel otro con quien pacta las accesibilidades, los compromisos, las luchas o las indiferencias. Cada acontecimiento, cada secuencia es, entonces, un universo social en miniatura (Delgado, 2008: 37).

Sincrónicamente, el individuo en Goffman es el sustrato material-corporal que inexorablemente se desplaza en las tres dimensiones, donde se justifica de manera tangible los dolores por afecciones del sistema cardio-vascular y la justificación por tanto de la construcción de una espera en un servicio de

urgencias para una visita médica regulada.

Es por esto que la vivencia situada se da siempre en un cuerpo, este cuerpo es atravesado por los vectores del tiempo y del espacio; y encarna el contexto en el que le toca representarse. Goffman indica (...) “pero la puesta en escena exitosa de cualquiera de este tipo de figuras falsas implica el uso de técnicas reales, las mismas mediante las cuales las personas corrientes sustentan en la vida cotidiana sus situaciones sociales” (Goffman, 2006 : 271). Es decir, más allá de cualquier proyección de sí mismo, el individuo ha de tener un sustrato real donde proyectarse.

El self es el encargado de ejecutar las acciones en la escenografía pactada, es el personaje que produce durante la interacción, aquello que se espera de él: la actuación pertinente. Es aquel al que se le exigirán reparaciones de la situación en el caso de no cumplir con las expectativas. Podemos hablar de la multiplicidad de selfs, las distintas versiones del individuo en función del contexto; cuando la situación se desencadena, sólo se despliega una de esas versiones, aquella que es la necesaria y la apropiada.

Cuando un individuo aparece ante otros, proyecta, consciente e inconscientemente, una definición de la situación en la cual el concepto de sí mismo constituye una parte esencial (Goffman, 2006: 258)

La transgresión de este código de acciones pertinentes en función de la situación tácita, de ser muy acusada, generaría medidas conductuales punitivas (desde un punto de vista social) llevadas a cabo por los individuos en copresencia del transgresor. Estas medidas serían llamadas de atención por otros pacientes que también esperan su turno para ser visitados: miradas insidiosas por contacto visual directo, órdenes verbales directas de reparación. También, llamadas de atención por parte de los trabajadores biosanitarios: órdenes verbales directas de reparación. La puesta en escena del servicio de seguridad, previo reclamo de los trabajadores, como medida de intimidación previa, pudiendo en casos extremos a llegar a usar la fuerza física coercitiva, suponemos que sólo por contacto, con el individuo transgresor.

Asistimos por tanto a una puesta en escena de actores pacientes cuya actuación en la sala va dirigida a otros pacientes que esperan, en los que todos interpretan su mejor versión, para resultar lo más genuinos posible. Todos los actores en este encuentro social tratan de construir una versión o

guion de la realidad parecida o correlativa, procurando que la situación se sostenga cooperativamente. Indudablemente conlleva una inversión de energía notable salvaguardar el orden preestablecido.

### **3.5.2 Interacción no focalizada y la espera:**

Hay dos tipos de interacción, según Goffman, que intentaré analizar en mi trabajo de campo y adaptar a mi etnografía. Por un lado, la interacción focalizada, que implica un acto social restringido sólo a un cierto número de personas, protegido a veces por barreras físicas o protocolos ritualizados de legitimación, reglas estandarizadas asumidas e interiorizadas que hacen discriminarse a los individuos que las comparten, de otros grupos no iguales al suyo. Las intervenciones en este tipo de interacción estarían regladas por turnos y tendrían un foco de atención concreto. La entrada y salida de estas situaciones queda sujeta a una normativa compartida de control. Podíamos identificar al centro sanitario junto con sus trabajadores en este tipo de interacción, en contraposición a otros individuos que revelan un vínculo distinto con respecto a esta organización dedicada a la salud.

Ciertamente, las personas que esperan presentan en general un estado de atención no directa, que podríamos clasificar como insertas dentro de una interacción no focalizada, puesto que la estructura de la sala facilita una visibilidad total del área. Goffman llama este tipo de atención atención difusa o diseminada “conciene a la gestión de la copresencia física pura y simple” (Goffman, 1979: 18).

Así que su campo visual se acoge a la perspectiva que el habitáculo ofrece y mantiene una atención difusa predisponiendo a una interacción no focalizada, puesto que en este espacio la copresencia es obligada.

En el momento que el paciente accede a ser examinado por los facultativos médicos, la interacción se torna de nuevo focalizada.

Según Goffman, las interacciones no focalizadas son esas formas de comunicación interpersonal que resultan de la simple copresencia. La interacción focalizada supone, no obstante, que se acepta efectivamente mantener un solo foco de atención de manera individual o conjunta: visual y

cognitivamente. Por ejemplo, una conversación, un juego de mesa, una tarea conjunta, etc. Sin embargo, lo atractivo de la interacción no focalizada viene dado porque el individuo es capaz de realizar decenas de ajustes automatizados e inconscientes aprendidos en situaciones de baja atención de manera habitual. Este perfil se ajusta en gran medida a los individuos de la sala de espera. Así Goffman (2006) explica que “en tanto que los recursos constitutivos de las interacciones no focalizadas pertenecen a las esferas de las informaciones extraídas en un campo de visibilidad amplia . Tomemos, por ejemplo, la organización social de la espera conjunta. Es evidente que estar de pie o sentarse lado de un extraño cuando el contexto está prácticamente vacío constituye una intrusión más clara de lo que sería el mismo acto cuando el lugar está atiborrado de gente y cualquiera puede ver que ese puesto es el único que queda. En teoría, podríamos prever también un proceso constante de reajuste en el que cada llegada y cada salida produzca alteraciones en toda la reunión” (Goffman, 2006 :49).

Esta línea entre atención focalizada y atención no focalizada permite analizar las nociones esenciales para la constitución de la microsociología y más en concreto en la lingüística interaccional.

Es así como los índices de contextualización (sistemas individuales de clasificación) parten de los propios interactuantes y se vinculan a los recursos que éstos tienen para definir las situaciones en las que participan; y por otro, la inferencia conversacional, que hace referencia a la lógica que utilizan los protagonistas de un intercambio para comprender lo que ocurre y confirmar la inteligibilidad mutua de la secuencia de interacción.

El actuante, para concluir, no es más que un conjunto de competencias que se desarrollan sobre tres dimensiones: su capacidad para focalizar el acontecimiento, su facultad para movilizar la información de saberes aprendidos y su potencia para resultar genuino durante la interpretación, en el curso de una acción.

### **3.6 Estado de la cuestión**

Para acabar de situar mi análisis, diré que existen otros trabajos que focalizan sus estudios en emplazamientos sanitarios donde acontece la espera del paciente en salas de urgencia como es el caso de trabajos como los de Yoon y Sonneveld (2010). En estos estudios emerge de manera tímida la corroboración en la existencia de sociedades singulares y modos de hacer o actuar inmanentes en el interior de dichas instalaciones. Pero son estudios enfocados sólo a ciertos aspectos dentro de la organización. Otro ejemplo representativo podemos verlo en Wong y Lytle (1991).

Pese a todo, estos trabajos hallados en relación a salas de espera, en su mayoría nos remiten a mecanismos estratégicos por parte de la institución sanitaria para analizar la disminución de la ansiedad que produce la demora de los individuos, ya que esta aumenta o empeora la gravedad de las patologías que los usuarios vienen a subsanar. Por tanto, serían estudios en base a los costes/beneficios que se vinculan con variables de productividad, eficacia y eficiencia. Muy focalizados en aspectos específicos de resolución de determinadas problemáticas durante el internamiento, lo que conlleva un posible sesgo en el análisis, ya que estas investigaciones están focalizadas en sólo algunos aspectos que les interesa mejorar para ahorrar ciertos costes y aumentar la eficiencia. Lo que se destila de ellos es que la demora con tiempos de espera cortos se relacionaría con bajos niveles de ansiedad, vinculándose con pacientes con una mayor adherencia al tratamiento y con una disminución de las complicaciones asociadas a su estado.

Por el contrario, tiempos de espera dilatados aumentarían la ansiedad de los individuos e incrementarían los riesgos y complicaciones.

Estos estudios no contemplan las salas de espera como áreas donde se despliega todo un microsistema social, poseedor de unas características propias y seguramente únicas.

Estos trabajos formales buscan una generalización de resultados para obtener un aumento de la productividad de la organización, mediante una disminución de las complicaciones en los pacientes, lo que se traduce en una disminución del gasto económico.

En consecuencia, estas investigaciones no se ocuparían de las particularidades de cada departamento sanitario, ni de la idiosincrasia social que se manifiesta en el emplazamiento.



Posteriormente, he analizado otros textos relacionados con salas de espera en ambientes sanitarios que se basan en una metodología cualitativa como el Scott, Dyas Middlemass y Siriwardena (2007). En el que, a través de una metodología basada en la observación, se detectan y analizan las distintas causas que producen falta de confidencialidad en las salas de espera debido al contacto entre pacientes y personal contratado que los atiende.

Otro de los ejemplos relevantes es el de Kutash y Northrop (2007). En este artículo se estudia es la problemática en relación al stress, producido por tiempos de espera elevados en los familiares con pacientes ingresados, en unidades de cuidados intensivos en estado crítico. Se trataría de cómo aumentar la información a los familiares para mejorar su malestar.

He hallado en la bibliografía otros textos relacionados con entornos sanitarios en los que se toma como centro la experiencia de los profesionales médicos. Un ejemplo de ello es Caudill, Redlich, Gilmore y Brody (1956), que abordan cómo las condiciones psicosociales, el hábitat y los cuidados condicionan la terapia y el pronóstico de los pacientes psiquiátricos. El control sobre estos indicadores implicaría una mejoría en la patología y pronóstico de los mismos. Strauss, Fagerhaugh, Suczek y Wiener (1982) analizan aquellos trabajos que se enfrentan a la gestión de una cargas emocionales en el desarrollo habitual de su praxis. Por último Roth (1972) describe cómo la clasificación moral de los trabajadores sanitarios hacia los pacientes, influencia la atención médica así como el trato desigual de los enfermos.

Una tercera clasificación, presenta un análisis que focaliza las vivencias de los pacientes. Forbes (2001), se ocupa del análisis de los cuidados paliativos al final de la vida de pacientes que pertenecen a la clase media americana; explica la necesidad sentida de obtención de calidad de vida como propósito en esta última etapa, lo que conlleva un respeto por todas las esferas de la de la persona. González Requejo, J. (2008). En su texto “La intervención quirúrgica: Rito de paso en ambiente hospitalario” nos presenta y explica la intervención quirúrgica como rito de paso del individuo desde que es recibido en un quirófano hasta su despertar y salida del mismo. Y por último Cohn (2001), nos muestra un estudio de campo en una sala espera sobre padres que tienen hijos que reciben terapias ocupacionales para alcanzar la autonomía al llegar a sus domicilios.

He hallado un texto con similitudes a nuestro estudio. Se trata Cary (1978). En este artículo se analiza el papel que tiene la mirada como input para desencadenar una conversación y por tanto una interacción.

La investigación al igual que nuestro estudio está situada en una sala de espera. Se vale de la observación no obstrusiva como metodología en la recogida de datos, la diferencia está en que la observación se realiza mediante una grabación con cámaras. Su núcleo de estudio recae en la kinésica y en los tiempos de respuesta una vez se ha establecido el contacto visual entre sujetos.

Por la bibliografía revisada, escasos estudios realizan etnografías situadas. Destaca un autor, Eduardo Álvarez Pedrosian, que ha llevado a cabo una etnografía en relación a salas de espera de pequeñas clínicas estudiándolas como microsistemas sociales y que él analiza como espacios multifocales de sociabilidad. En uno de sus textos (Álvarez Pedrosian, 2013), se pone de manifiesto su preocupación por la idiosincrasia y la fenomenología social adscrita a cada espacio.

Con todo ello, no he hallado ningún estudio concreto en salas de espera en organizaciones sanitarias de atención primaria que se acoja a unas características metodológicas y a una perspectiva atenta a las nociones microecológicas e interaccionales que se exponen en esta investigación.

#### **4. Metodología**

Se trataría de una descripción y análisis en distintas secuencias de acción compartida, mediante técnicas como la observación no obstrusiva y la observación participante, en diferentes días y en diversas franjas horarias dentro del emplazamiento. La investigación no obstrusiva (unobtrusive) o no reactiva, fue propuesta en 1966 por Eugene Webb y sus colaboradores como confrontación al uso predominante de técnicas cuantitativas en la investigación social. En base a esta nueva línea de investigación social los agentes sociales, en su acción e interacción social cotidiana dejan rastros físicos, “huellas” (naturales) a través de las cuales se pueden explicar y comprender tanto sus acciones como las estructuras que producen y reproducen en el curso de sus vidas (Scott, 1990: 2). Se trata de ejercer el

menor obstáculo entre el observador y el fenómeno social a estudio a fin de no condicionar el resultado de la investigación en ninguna de sus fases.

Hacer trabajo de campo a diferentes horas tenía como objetivo saber si el nivel de actividad y fluctuaba en función de la de las distintas horas del día o franjas horarias: mañana, tarde o noche.

Cuando se observa, durante un largo periodo cómo reaccionan los individuos en relación al espacio y cómo lo utilizan , es posible empezar a discernir con seguridad esquemas de comportamiento proxémico (Hall, 1968: 95). En este párrafo en concreto Hall muestra una de las utilidades que se obtienen, según él, al utilizar esta metodología que por otro lado es uno de los aspectos que centra nuestra investigación.

La observación directa no obstrusiva es la inspección y estudio esencialmente descriptivo, que el investigador lleva a cabo mediante sus propios sentidos de aquellos hechos significativos que tienen lugar de manera espontanea, en el orden en el que acaecen y de acuerdo a los objetivos de la investigación científica, con o sin instrumentos técnicos.

La justificación en utilizar una metodología basada en la observación no obstrusiva viene motivada por la decisión de no interferencia en las actividades situadas de los pacientes que llegan a la sala de espera. Mi temor es que yo misma pudiese alterar o modificar sus comportamientos si se supiesen observados. Así que esta técnica permite que los individuos que convienen por un corto periodo de tiempo en el emplazamiento, manifiesten comportamientos libres.

Según Malinowski, la elaboración de un informe etnográfico implica una metodología en la que se incluye lo que el autor va llamar la observación participante (1986). La utilización de la observación participante, que se entiende como forma condensada, capaz de lograr la objetividad por medio de una observación próxima y sensible, y de captar a la vez los significados que dan los sujetos de estudio a su comportamiento. Según Velasco y Díaz de Rada (2006) La observación y la observación participante proporcionan descripciones, es decir, el discurso propio del investigador" (Velasco y Díaz de Rada, 2006: 34).

La observación participante, en mi caso, me viene casi dada por el uso de la primera técnica de investigación antes explicada. Al hacer observación no

obstrusiva en la instalación, me siento en una silla y observo detenidamente todo lo que acontece dentro de la sala; ajusto mi observación, a la capacidad de mis sentidos, como no puede ser de otro modo y, al permanecer allí sentada y quieta, los pacientes (eso creo yo) me confunden con una de ellos; infieren que también espero atención médica y entablan conmigo conversaciones, normalmente de pocas palabras, me observan, me sonríen en ocasiones , me ceden la silla...

Aun cuando sacaba mi block de notas (cuaderno de campo) para escribir, no levantaba sospechas, porque esta conducta venía interpretada -a mi parecer- como una manera más liviana de pasar el tiempo mientras llegaba el momento de ser visitada por la enfermera o el facultativo.

Ciertamente había acudido como paciente a aquella sala aquejada de una bronquitis hacia como unos siete años, cuando aún no era enfermera pediátrica en aquel edificio. Por tanto era fácil ponerme en situación, conocía el terreno y sabía lo que era sentirse enfermo. La ventaja además es que conocía los procedimientos del otro lado, los de los profesionales; lo que me permitía descodificar con más facilidad los protocolos o modos de hacer establecidos en las practicas adscritas al recinto. Sabía lo que se siente al estar de uno y otro lado.

La experiencia profesional es otra fuente potencial de sensibilidad. Aunque puede fácilmente obstaculizar la percepción, también es posible que le permita al investigador dirigirse a un área más rápidamente porque no tiene que gastar tiempo familiarizándose con los entornos o acontecimientos (Strauss y Corbin, 2002:53)

También es cierto que por ética propia me propuse que en el momento que cualquier persona (usuario o trabajador) me preguntase qué estaba haciendo o por qué siempre acudía hasta allí y ocupaba un asiento sin pasar por el mostrador de atención al usuario y dar mis datos como paciente, explicaría mi situación sin ninguna dilación.

No es casual que mi pesquisa se fundamente en un primer momento en la descripción para un posterior análisis. En cierta forma responde a un método por el cual y a través de la cual, se llega a una mejor organización conceptual que me permitiría una reflexión mas amplia acerca del objeto de estudio.

Anotar a modo de descripción todo lo que se produce en la sala de espera da

visibilidad a hechos que a veces por su simpleza, a veces por su familiaridad, pasan desapercibidos. Nos generan una conexión activa con el ritmo y el entramado de actividades y sensaciones perceptivas dentro de la instalación. La descripción se necesita para expresar lo que está pasando, cómo se ve el panorama, qué está haciendo la gente en él y así sucesivamente. Según Strauss y Corbin (2002) El uso del lenguaje descriptivo puede convertir los acontecimientos ordinarios en algo extraordinario. Los grandes escritores lo saben y se esfuerzan por hacer sus detalles tan vívidos que los lectores puedan ver, oler, degustar y escuchar lo que sucede en una escena descrita. La descripción permite un vislumbrar los fenómenos a estudio, un inventario de los datos que de otra forma se perderían o se obviarían, un entendimiento de los procesos de actividad así como un categorización y clasificación posterior. La descripción también es básica para lo que llamamos ordenamiento conceptual. Este se refiere a la organización de los datos en categorías (o a veces, clasificaciones) discretas, según sus propiedades y dimensiones y luego al uso de la descripción para dilucidar estas categorías(...)Un ejemplo de ordenamiento conceptual en las ciencias sociales toma la forma de relatos etnográficos. (Strauss y Corbin, 2002: 29-31).

#### **4.1 Imprescindible descripción del lugar**

Indispensable antes de comenzar la etnografía una descripción del lugar y de los modos de proceder en él.

La sala está albergada en la planta baja del CAP Manso presenta unos 40 metros cuadrados, y se accede por la puerta principal del edificio. Sobre pasada la puerta principal, a continuación se debe atravesar una puerta de cristal transparente, dispuesta de inmediato a la derecha, donde se accede a dicha sala.

El emplazamiento presenta una forma rectangular irregular y contiene un total de 45 asientos de madera, en módulos de cinco, unidos por listones metálicos.

La sala dispone en su lado izquierdo de una zona wc para hombres, mujeres y discapacitados. Un total de tres habitáculos separados del resto de la sala por paredes de cemento opacas.

En su lateral derecho aparecen, junto a la única ventana que da al exterior, un conjunto de máquinas expendedora de refrescos, cafés y alimentos. Un total de tres artefactos de diversas marcas.

Las paredes cementadas de la sala son lisas y de color blanco, mientras que el pavimento presenta un tono azul cobalto. Su superficie es continua y lisa, lo que permite un buen deslizamiento de artefactos con ruedas, frecuentes en este perímetro sanitario.

Tomando como punto de partida, la puerta de acceso a la sala de espera, en una de las paredes laterales de la hay una pantalla de tv de plasma grande donde se actualiza la información del tiempo de espera que les queda a los pacientes, hasta ser llamados, además, esta pantallas sirve a otras funciones informativas relacionadas siempre con el ámbito sanitario. En algunas ocasiones la pantalla está apagada o su funcionamiento no es el adecuado.

En el lado opuesto se encuentra un mostrador acristalado donde se puede leer “Atenció a l'Usuari”, conformando un pequeño habitáculo donde se instalan habitualmente dos trabajadores del personal administrativo encargados de recibir y tomar los datos de cada nuevo paciente que llega hasta el servicio de urgencias.

Junto a la puerta que da acceso a este pequeño habitáculo del personal administrativo, casi contigua, se encuentra otra puerta que permanece la mayor parte del tiempo cerrada. Muestra pegado en su parte superior, un cartel de papel con el número 1 en grande, visible. Este ingreso lleva a una sala, de unos cinco metros cuadrados, que representa otra de las piezas importantes del engranaje de la sala de espera de urgencias del CAP: la sala de triaje. Allí los pacientes que previamente han sido atendidos en atención al usuario, serán llamados por megafonía por su nombre completo hasta esta habitación, para ser examinados por un enfermero que determinará el nivel de gravedad de su dolencia. El nivel de gravedad otorgado, establecerá la prioridad y el orden en ser explorados por el médico. Es decir, la atención médica no se da por orden de llegada a la instalación, sino por nivel de gravedad. Por tanto, las circunstancias más graves serán atendidas con mayor inmediatez que las menos graves.

La sala de espera propiamente dicha, en la que están dispuestos los asientos, está separada de la puerta de triaje<sup>4</sup>, y de un pequeño pasillo, por un gran vidrio a modo de pared de cristal, dando la sensación de continuidad dentro de la instalación; lo que permite conservar la visibilidad dentro del lugar y crea la sensación de espacio único. Colgados a las paredes del habitáculo hay una serie de posters y prospectos explicativos que dan información de las características del centro así como de otras cuestiones siempre relacionadas con el sistema sanitario público.

Por último, se halla la sala médica donde son explorados los pacientes. Se encuentra detrás de una gran puerta pivotante, de vaivén, subdividida en dos. Es el umbral que todos quiere atravesar. Esta puerta se debe empujar para entrar o salir, y bascula mostrándonos escuetamente lo que hay al otro lado. Esta se encuentra contrapuesta a la puerta de ingreso a unos siete metros metros en línea recta y el paciente ha de cruzar toda la sala para acceder a ella. Es más grande que el resto de puertas porque por ella pasan camillas, sillas de ruedas, aparataje, grupos de personal sanitario, familiares y pacientes.

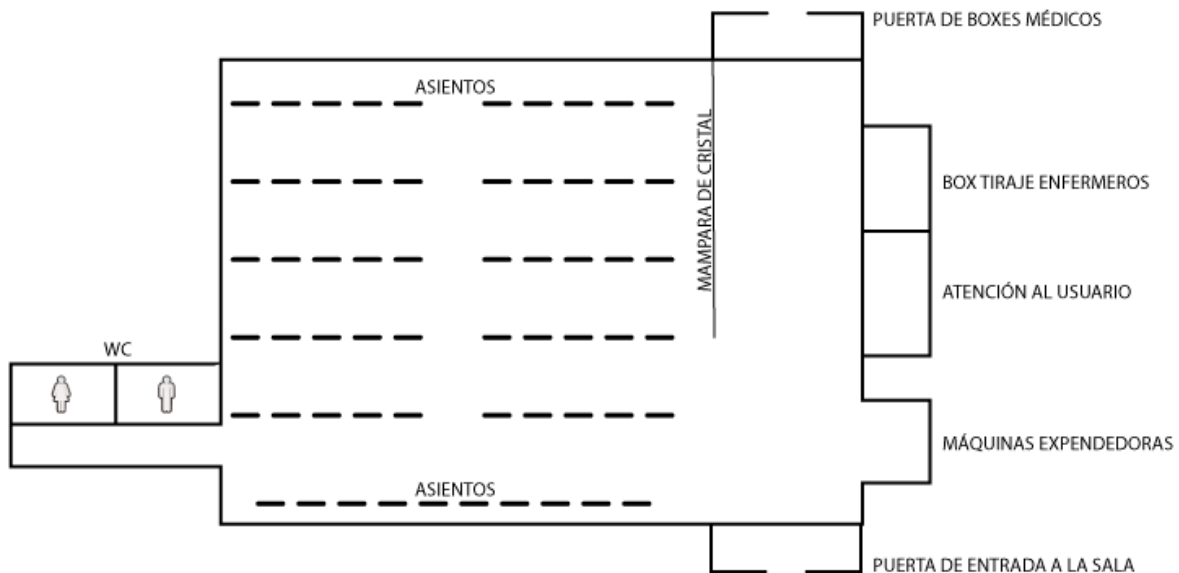
La instalación siempre mantiene una temperatura constante de unos 25 grados regulada por aparatos dos eléctricos; suspendidos estos cerca del techo y alejados en posiciones enfrentadas.

En cuanto a la luz, el establecimiento está iluminado las veinticuatro horas por luz artificial, a luz natural apenas llega ya que posee una única ventana que además queda cubierta por un ligero tamiz para salvaguardar la privacidad de las personas que acuden hasta allí.

---

<sup>4</sup> El sistema de triaje en España se denomina SET (Sistema Español de Triaje). Existen otras clasificaciones dependiendo del país, todas ellas priorizan la atención al riesgo vital.

#### Plano aproximado sala de espera:



#### 4.2 Descripción del funcionamiento de la sala según el protocolo biomédico: lo reglado.

Al llegar el paciente a la instalación, casi de inmediato, acude hasta el único mostrador de Atención al Usuario; cuya parte superior hasta el techo está protegida por una pared de cristal, de tal forma que los pacientes se comunican con estos profesionales a través de una superficie de vidrio. Allí el paciente debe dar su nombre y documentación o tarjeta sanitaria y explicar la razón por la que ha venido. Si hay más personas, deberá hacer cola hasta que le llegue su turno. Normalmente entregará su tarjeta sanitaria, que en este contexto es una especie de salvoconducto, y comprobarán si este centro es el que le corresponde por zona en atención continuada. Si es así, el personal administrativo le indicará que puede tomar asiento hasta que lo vuelvan a llamar por megafonía.

En este punto, el individuo elige tomar asiento en cualquiera de las sillas dispuestas para este uso. Aquellos pacientes que vienen acompañados o en



agrupaciones suelen elegir dentro de la sala grupos de sillas que den la posibilidad de mantener su cercanía física para poder seguir relacionándose o dándose apoyo en el caso de que el enfermo lo necesite. Aquellos pacientes que acuden en silla de ruedas, se suelen acomodar en las zonas distales del conglomerado de asientos, intentando de este modo no obstaculizar el paso. Hay pacientes que entran directamente en las dependencias médicas si vienen en camilla provenientes de una ambulancia o si acuden por su pie presentando una urgencia severa. En estos casos, son acompañados por personal sanitario y pasan seguidamente a los boxes médicos, por lo que no se establece una estancia en la sala de espera.

Como decía, en este punto el paciente comienza su espera hasta que por megafonía se le requiere por nombre y apellidos completos hasta la puerta número uno, la sala de triaje, donde un enfermero analiza la gravedad de sus síntomas y entra a formar parte de un orden interno protocolizado de todas las unidades de urgencias, en las que los pacientes son visitados en función de la gravedad. Es decir, será visitado antes una persona que presente un corte sangrante en zona occipital de la cabeza, que una persona que explique una torcedura de tobillo. Se atiende por orden de gravedad y a continuación, por orden de llegada. Se establece un código numérico en función de la gravedad, de más a menos grave: nivel 1, nivel 2 y nivel 3. De tal forma que los pacientes con código de gravedad nivel 1 tienen entrada prioritaria a los paciente código nivel 3. Generalmente en un mismo rango horario suelen haber más pacientes de nivel 3 que de gravedad nivel 1. Siguiendo el ejemplo anteriormente expuesto como baremo, el traumatismo en la cabeza con herida abierta, si el individuo está consiente, sería un nivel 2 de urgencia y la torcedura en el tobillo se evaluaría como un nivel 1.

Bien, una vez los síntomas de la persona han sido evaluados por el enfermero en la antesala de triaje, mediante la medición de tensión arterial, temperatura, saturación de oxígeno, etc. y se ha efectuado un interrogatorio a una serie de preguntas cortas simples y, la evaluación del propio profesional se ha efectuado, el paciente debe regresar de nuevo a a sala de espera, donde será convocado a posteriori.

Como explicaba, el lapso de tiempo en ser llamado el paciente esta segunda vez, dependerá de la afluencia que presente el servicio de urgencias y del nivel de prioridad de atención que presente su consulta en particular.

En este punto, el individuo será de nuevo requerido, pero en esta ocasión abandonará el emplazamiento y atravesará la puerta que conecta con las dependencias médicas, donde se le atenderá en uno de los boxes habilitados para ello, será avisado por megafonía o bien será un profesional médico o enfermero el que saldrá hasta la puerta y lo llamará para su ingreso en el interno.

Cabe decir que, en no pocas ocasiones, una vez que el paciente es explorado por el médico, se le somete en el interior a una serie de pruebas y, poco después, la persona vuelve a ocupar la sala de espera hasta la obtención de los resultados, con lo cual el usuario vuelve por tercera vez a ese espacio. Y allí permanecerá hasta que un médico o enfermera salga con su respectiva alta médica y se le explique las directrices que debe acatar, así como el tratamiento a seguir.

En los casos en los que la situación es más simple, el paciente atraviesa la puerta para ser examinado por un facultativo. Una vez la visita se ha producido, se le proporciona un tratamiento, si así lo requiere y, abandona el servicio de urgencias médicas, recibiendo el documento de el alta médica al finalizar la visita.

Hasta llegar hasta la puerta de salida que conduce hacia el exterior, debe cruzar de nuevo todo el largo del habitáculo de espera, dando así por acabada esta ocasión social.

## **5. Informe Etnográfico**

### **5.1 Praxis etnográfica en el campo**

La simple acción e interacción repetidas y rutinarias no eliminan la condición del proceso. Estudiar la rutinización de la acción o la interacción, especialmente en las organizaciones, y descubrir qué condiciones hacen posible que siga siendo una rutina a pesar de las contingencias (sucesos no anticipados) puede ser una contribución tan importante al desarrollo del conocimiento como lo es el estudio de una nueva y problemática acción/interacción (Strauss y Corbin: 1990:199).

En el primer día de mi llegada a campo, me ocupé de realizar fotos para situar espacialmente la composición de la sala, ubicar todos los objetos inanimados que formaban parte de su interior, lo que me llevó unos siete minutos aproximadamente. Esto despertó cierto interés en las personas allí concurridas, ya que observé que me seguían con la mirada y tomaban interés por lo que hacía. Pese a todo, nadie me preguntó nada.

La sala estaba dotada de cuarenta y cinco asientos, una pantalla de tv, cinco puertas, tres máquinas expendedoras, un baño público, una planta de plástico con una maceta también de plástico y una ventana, dos papeleras con residuos de comida de ese momento...

Después de esto me acomodé en una silla y traté de percibir la sala en su totalidad. Reparé en cómo los individuos que acudían hasta allí se situaban con respecto a dicho mobiliario y en cómo se conformaban dentro del área.

Durante días esperaba a que algún incidente dentro de la sala despertase mi atención, y lo único que hacía era esperar, porque si algo he descubierto, es que durante el trabajo de campo las horas pasan y muchas veces no acontece nada susceptible de ser mencionado.

A posteriori, fuera del lugar, en la calma y sin el block de notas, me sobrevenían dudas acerca de mi capacidad para discernir los fenómenos a estudio dentro de la sala, debido a mi amateurismo . (...) La urgencia de evitar la incertidumbre y de llegar rápidamente a la conclusión de la propia investigación, se atempera con la comprensión de que los fenómenos son complejos y sus significados no se vislumbran con facilidad o que

simplemente se dan por sentados (Strauss y Corbin, 1990: 14).

Llegué a la conclusión que mi visión estaba parcialmente condicionada, ya que el hecho de que yo fuese enfermera, hacía que normalizase ciertos comportamientos para mí sin importancia, fruto de mi praxis profesional. Ese era un sesgo que había identificado: y que debía evitar.

Ocupo una de las sillas libres y espero tranquila junto a los pacientes a que algo ocurra en aquel escenario biosanitario. Es una situación que me es familiar. Siempre he estado cómoda cerca de las personas. La incomodidad llega cuando se van. B. Fisher lo expresa de manera muy acertada "Vi que ser un intelectual no quería decir estar alejado de la vida de la gente, que podía conectarse de manera directa con los lugares donde la gente estaba en el mundo y con lo que pensaban sobre él" (citado en Maines, 1991: 8).

De otro lado, al estar allí, experimento nuevamente lo que implica permanecer en una sala de espera, y evocar situaciones parecidas vividas por mí misma allí: su rumor constante, la superficie dura de la silla, la luz artificial mate, la escasa intimidad.

Ejercer la observación no obstrusiva, justificada en páginas anteriores, como metodología durante mi etnografía situada en este contexto de espera. Y activo conscientemente todos mis sentidos cada vez que acudo.

El motivo de mi técnica de observación, como ya he explicado, es que los pacientes no se sientan invadidos, vigilados o molestos, por tener mi mirada acechando, perennemente pendiente de sus acciones. La técnica se llama "fly on the wall" una mosca en la pared, y presenta como característica una observación discreta y sin movimientos para registrar las dinámicas naturales de un grupo de individuos en un lugar concreto (Woods, 1989: 52). Me limitaba a observar, poco a poco pase a realizar una observación participante. Mi aproximación al terreno siempre es desde un proceder no intrusivo, y a medida que mi posición en la sala se consolida como la de cualquier otro paciente que pasa de neófito a, aclimatado en el emplazamiento, (una vez que ha transcurrido un cierto periodo de tiempo), experimento como los pacientes emprenden espontáneamente interacciones hacia mí como lo harían con cualquier otro usuario.

El trabajo de campo que realizaba por día, podía durar entre una y tres horas, el tiempo invertido dependía de mis turnos de trabajo y de mi estado físico. Puedo recordar ocasiones en las que sentirme muy cansada repercutía o interfería en mi habilidad para percibir. Debes permanecer alerta para descubrir o distinguir aquellos datos o pasajes valiosos y pertinentes en este tipo de estudios, donde hay más de un foco de actividad interaccional simultáneamente; así que había veces que abandonaba la escena ante mi imposibilidad de aprehender de manera rigurosa los datos que la escenografía desplegada me proporcionaba.

Cuando intentaba escribir en casa, en base a las notas que había cogido en el terreno, tenía diez páginas escritas a mano de notas, a veces ininteligibles, que intentaba hilar malogradamente; bien porque había pasado demasiado tiempo desde que había hecho la observación o porque no podía entender lo que había escrito, por caótico.

Después de meses en la sala, después de haber amontonado datos, pasé al lado opuesto. Me preocupaba que al poseer un groso de datos enorme, no fuese capaz de identificar correctamente la pertinencia de aquello relevante, que debía aparecer en el documento. Es una elección muchas veces complicada, porque temes no incluir o desechar cosas pertinentes. Esto nos hace reflexionar acerca del “el ojo selectivo del que ve” Wolcott (1994).

Estuve acudiendo de manera ocasional durante un año de 2015 a 2016. Y a partir de 2017 se incrementaron el número de observaciones para la recogida de datos, siendo los tres meses últimos antes de la redacción del presente informe el periodo más intenso y por tanto, mi estancia en aquella sala, fue casi un hábito.

A continuación cambio mi proceder y utilizo la primera persona del presente, porque considero que es la manera más fiel de seguir el proceso de mi trabajo etnográfico, ya que es el modo en el que yo recogía mis notas.

Normalmente escojo sentarme en uno de los asientos que hay en la primera fila, los que se encuentran dispuestos a la izquierda, justo después de atravesar la puerta que da acceso a la sala.

Están colocados de tal modo que permiten observar todo el emplazamiento, me permite una visibilidad casi total del conjunto escenográfico que se está desarrollando, y pienso dentro de mí: esto me ha caído del cielo.

Simulan un palco, una vista privilegiada de todo lo que acontece en el habitáculo; puesto que las demás sillas que acogen a los pacientes que reposan sobre ellas, quedan expuestas y su disposición es tal que el resto de pacientes quedan encarados hacia mí (como observadora). En este caso, la metáfora teatral propuesta por Goffman (2006) da una vuelta de tuerca, conmigo como antropóloga en este emplazamiento. Tengo la sensación de estar asistiendo a una obra de teatro, donde los actores representan individuos aquejados de múltiples dolencias por resolver.

Me sorprende a mí misma, en esta escenografía etnográfica de la que soy parte, entretejida en actos discontinuos, solapados, cediendo mi asiento a personas ancianas, o levantándome para que parejas puedan estar contiguas en sus asientos y mantener su proximidad. Obviamente mis acciones obedecen a algo espontáneo y veraz. En ocasiones, pacientes que lindaban conmigo en la silla, me han pasado su revista para que yo estuviese “un rato entretenida”, textualmente. Es una inacabable observación participante donde aparentemente nadie duda de mi pertenencia, y mientras yo paralelamente estoy apercibiendo todo lo que sucede; intentando analizar cada uno de los pasajes que se suceden y que en muchas ocasiones se solapan. Es así como yo misma entro en la lógica tamizada de las representaciones.

Es complicado, porque en este sistema continuo y difuso, dotado de múltiples focos activados de acción negociada, es dificultoso, y a veces imposible, aprehender con una sola dotación de sentidos (por persona), todo lo que está aconteciendo y darle la profundidad y análisis que requiere. Como explica

Bateson (1971) no experimentamos la existencia de una continuidad sensorial: al contrario, nuestra percepción está parcelada en lo que nos parecen ser los acontecimientos y los objetos. En la psicología de la forma, esta idea es fundamento de la hipótesis figura y fondo. (Bateson, 1971:8).

Asimismo, la escena extiende un sonido propio, un murmullo constante, tono bajo, que en pocas ocasiones aumenta los decibelios acostumbrados más de lo habitual. Está compuesto por voces pertenecientes a pacientes y a sus acompañantes, que comunican normalmente en sigilo.

El link que apunto a continuación, reproduce el sonido ambiente real de la sala de espera, gravado el día 2 de Junio del 2017. Su sonido ha sido levemente amplificado para favorecer su escucha.

<https://soundcloud.com/grazalema-garcia/sala-de-espera/s-kFRFN>

Una de las estrategias que aprendí casi instintivamente al llegar al emplazamiento, de manera natural, fue a moverme muy poco durante la acción de observación. El movimiento continuado o brusco siempre llama la atención de los otros, así que si no te mueves, o te mueves mansamente, te tornas de una cierta invisibilidad. De manera intuitiva reproduzco la técnica Fly on the Wall, Woods (1989: 52).

Cuando me dispongo a realizar la observación, no puedo evitar revisar a mi alrededor, inspeccionando que nadie se pueda sentir incómodo al realizar tal acción, siempre temo ser molesta o inoportuna. Ocasionar algún tipo de molestia entre las personas que estudio, puede generar modificaciones en su conducta espontanea. Éticamente -y esto es lo más importante- no me parece bien disturbar a personas en situación de fragilidad. Pero voy más allá, siempre he temido ser molesta e inoportuna fuera de la sala. Puedo sentir cómo se me acelera el corazón cuándo sospecho que esto puede ocurrir. Uno busca de manera consciente la acción o la interacción y advierte sus movimientos, secuencias y cambios, y cómo evolucionan (si cambian o se quedan iguales) en respuesta a los cambios en el contexto o en las condiciones (Strauss y Corbin, 1990:198).

La sala diurnamente es un flujo constante de entradas y salidas, de personas con o sin dispositivos mecánicos que les permiten la movilidad: muletas, sillas de ruedas, sillas de ruedas eléctricas, camillas que transportan una persona, camillas vacías empujada por un individuo (intuimos profesional sanitario porque porta un uniforme oscuro con un chaleco de color amarillo fosforescente y accede a la instalación libremente, sin que nadie se oponga, atravesando desenvueltamente cualquiera de las puertas de la instalación). El salvoconducto en este caso parece ser el uniforme y el chaleco reflectante, que capta la atención de cualquiera de manera inmediata.

Amén de que estos profesionales entran sin ninguna dilación, con paso firme, seguro y rápido. Su mirada queda fija en la puerta que da acceso a los boxes médicos acometiendo su objetivo prefijado. Nadie cuestiona qué hacen allí. Su cuerpo expresa con sus movimientos el hábito del que ha hecho ese trabajo muchas veces: movimientos acelerados, precisos y seguros, por lo que nadie pone en duda su pertinencia a ese lugar. Son secuencias de movimientos que demuestran la pertinencia del individuo al emplazamiento. Existe un segundo tipo de comportamiento ordinario que reside en el análisis kinésico, y tiene una forma estructurada y un neto valor de mensaje. En esta categoría podría indicarse la de los demostrativos, los gestos a los que se recurre para hacer comprender un plan(...) (Birdwhistell, 1970: 233)

En contraposición, cada vez que una persona vestida con ropa ordinaria ha querido atravesar o cruzar la puerta de acceso a los boxes médicos, ha sido sancionada de manera verbal y se le ha preguntado el porqué de su transgresión. La comunicación no verbal desplegada del transgresor no era similar, el paso era más lento, la mirada trataba de coincidir con la de los profesionales de Atención al Usuario para obtener un cierto permiso o beneplácito, y su actitud gestual mostraba una perceptible vacilación en sus actos.

A parte de estas personas acordes a la instalación, las pertinentes, hay otras habituales probablemente sin domicilio, que acuden cada día hasta él para hacer un uso del baño, ya que este es público.

En concreto llamó mi interés un joven de unos treinta años, de complexión delgada, de un metro sesenta y tres y tez oscura, que acude cada mañana con un carro de la compra, sin compra, pero con otros enseres personales, a hacer un uso de los servicios. Allí permanece alrededor de unos siete minutos,



después de los cuales aparece con la cara mojada y parte del pelo húmedo; tira de nuevo de su carro cargado, compra un café en una de las máquinas expendedoras y sale por la puerta de entrada hasta abandonar el edificio. Repite esta misma maniobra cada día.

Cabe decir que el habitáculo W.C. seguramente es la zona más transitada de toda la sala. Recibe a pacientes que esperan, personal sanitario de las ambulancias, pacientes de otras plantas, individuos habituales, sospechamos sin domicilio, vecinos que realizan cualquier gestión en el barrio y que están al corriente que el centro tiene un baño en la planta baja. Resaltar, que mientras se da la espera en la sala, una misma persona puede ir en varias ocasiones a los servicios. El personal de limpieza entra cada seis horas, correspondientemente uniformado y portando un carrito de limpieza con los productos de desinfección visibles, para ejercer su labor oportunamente. Declarando así, de manera visible, su pertinencia legítima a la sala. Detrás de la puerta del W.C. hay una hoja tamaño A4 recogida y protegida en una funda de plástico donde se recogen las horas y la firma de cada uno de los empleados que acometen esta labor. El flujo de personas de este espacio tan limitado es sorprendente.

Intento acudir en diferentes franjas horarias, para analizar la actividad fenomenológica de la sala. Durante la noche la actividad baja en el habitáculo, los pacientes son menos a excepción de días puntuales o picos en epidemias de gripes o neumonías, así como episodios de accidentes domésticos, etc. A colación el ejemplo apunto también el ejemplo de J. Sigman<sup>5</sup>. Dado que la mayor parte de mi investigación tuvo lugar durante el invierno, los internos rara vez salían del edificio (y, lo que es interesante constatar, recibían pocos visitantes). El número total de residentes fluctuó a lo largo de mis visitas, pero habría unos 150 de promedio (Sigman, 1979).

Denótese que aun en momentos de alta afluencia de pacientes en la sala, con demora de hasta dos o tres horas, el paciente y sus acompañantes en muy raras ocasiones abandonan el perímetro de la sala.

Pueden realizar recorridos intermitentes de marcha lenta dentro del recinto o mostrar diferentes posturas en posición sentada; mientras, hacen uso de su aparato de telefonía móvil o bien leen una revista o libro, conversan con el

---

<sup>5</sup> Texto elaborado como contribución al 29º Congreso anual de la International Communication Association.

compañero o preguntan a uno de los trabajadores; pero en muy raras ocasiones salen de los límites demarcados de la unidad.

Por otro lado, en pocas ocasiones, salvo por error o desesperación, sobrepasan los umbrales de los lugares no permitidos, es decir, aquellos que necesitan de un permiso otorgado para su acceso, estos son: la puerta que conduce hasta las dependencias médicas o la que conduce hasta la sala de triaje.

Es apreciable que en este emplazamiento los pacientes emiten múltiples expresiones de emoción, como llanto, sollozos, risas, suspiros, quejas de dolor etc., ampliamente audibles. Podría concebirse como un espacio contenedor de emociones, desde un punto de vista psicológico. En cambio esta perspectiva fricciona con la Goffman según la cual los individuos sólo representan un papel coherente a un contexto en el que se esfuerzan por conseguir sus objetivos, mediante el manejo de impresiones negociadas con la audiencia. Obsérvese que tanto si el individuo da la impresión ante todo el mundo de que acepta el trato que se le ha infligido como si responde con un choque, o inicia una reacción retardada, que advertimos son actitudes que se toman sentimientos que necesariamente de tengan(...)Las reacciones retardadas expansivas y dramáticas no son muy frecuentes, pero esto no debe cegarnos al hecho de que esas reacciones, breves y menores que no entrañan sino un gesto expresivo comunicado oclusivamente a los testigos, son una forma constante de la actividad pública (Goffman, 1979: 110)

Me sorprendía el uso generalizado entre los pacientes de los smartphones<sup>6</sup>, sobre todo cuando las personas que esperan no vienen acompañadas. Consultan su móvil cíclicamente, o bien se entretienen con él mirando cualquier aplicación; sobrellevando seguramente los momentos de demora. Cierto es, que cuando el paciente va acompañado de dos personas y lo hacen pasar, las dos personas que restan en la sala generalmente inician una conversación a colación de la situación del enfermo en una primera instancia, y que después acaba derivando en otros temas nada relacionados con la situación de afección del paciente. Es cierto que no he estado presente en todas las conversaciones que se han sucedido en la sala, pero por sentido

---

<sup>6</sup> Durante mis observaciones advierto que no todos los pacientes llevan un teléfono móvil a la sala. Y los que los llevan, una mayoría posee smartphone.

común, me atrevo a decir que todas las conversaciones no han versado siempre acerca del protagonista que permanece en las instancias médicas. La sala de espera una vez más se muestra como un nodo de producción social.

Con frecuencia ocurre que estoy concentrada observando y analizando una secuencia de acción entre individuos que me interesa particularmente y, súbitamente, es interrumpida porque los altavoces anuncian bruscamente el nombre de alguno de los pacientes, así, todo se altera y queda suspendido. Se hace el silencio en la sala porque los individuos ponen toda su atención en intentar descubrir si son alguno de ellos. Este lapso ocasiona una disrupción tal que aquellas actividades que estaban llevando a cabo quedan inconclusas e incluso olvidadas. De esta forma hay una vinculación de unas secuencia de acción con otras, aparentemente incoherentes, que yo procuro anotar minuciosamente.

Cuando identifico dentro del área escenas que requiere una atención especial y se desarrollan en zonas alejadas, difíciles para mí de apereibir, intento discretamente moverme hasta alcanzar una posición que me permita una mayor visibilidad.

En ocasiones, escucho por azar relatos o comentarios aleatorios mientras estoy sentada en la sala. La frase que enuncio a continuación en forma de diálogo recoge la explicación de la patología que da una hija a su propia madre:

**- Tu sangre es espesa y no sube para arriba y ni para abajo, como lo hace una persona normal.**

Cuando la demora superaba las dos horas, podía escuchar a una de las pacientes relatándole a otra cercana, los motivos detallados por cuales estaba allí, manifestándole a continuación, su necesidad imperiosa de ser atendida.

En otras ocasiones la percepción de una espera excesiva, ocasiona que los pacientes renuncien a su objetivo, se levanten del asiento que ocupan y

abandonen el área de espera, declinando por propia voluntad ser atendidos; y llevándose tras de sí a sus acompañantes.

Cuanto menos individuos comparecen la sala, cuanto más vacía está, más difícil es para mí poder llevar a cabo mi análisis, ya que por un lado se reducen las situaciones de interacción y por otro lado me es más difícil ejercer la observación, puesto que una conducta que exceda el contacto visual es entendida como descortés [y así acabo entretejida en lo que estoy intentando estudiar: la desatención cortés<sup>7</sup> (Goffman, 1974: 15) existe a modo de pacto social regulado de no agresión, al ejercer la observación continuada sobre los individuos en el recinto, la estoy trasgrediendo.

Anthony Giddens explica la desatención cortés, la -no consideración de las conductas de los otros- como “la esencia de las relaciones de fiabilidad en las condiciones de modernidad” (Giddens, 1996: 80-81).

Como explicaba, si concurren escasos pacientes en espera de ser atendidos, como apuntaba arriba, paso menos desapercibida como investigadora, ya que estas personas también ocupan su tiempo analizando los pocos estímulos que hay en el área, y entre ellos, estoy yo.

#### *Limitaciones en la praxis de campo:*

Si el contexto de mi estudio no hubiese transcurrido en una organización sanitaria, sería valioso poder utilizar una técnica basada en grabaciones y fotografías. Serían aquellas técnicas que más se ajustarían a la hora de poder estudiar con rigor secuencias conductuales, unidades de movimiento, distancias, recorridos, etc. Pese a esto, en cualquiera de los organismos sanitarios está prohibido -y la sala de espera se inserta en ellos-, grabar imágenes de personas. Tampoco es legal realizar fotografías que puedan aparecer en documentos sin permiso (sí lo es utilizar otras que ya hayan sido

---

<sup>7</sup> En su libro “Relaciones en público” pag. 23-45.

difundidas), puesto que es primordial salvaguardar la intimidad y privacidad del paciente.

Como en otras ciencias, en la antropología no vale todo. Así que debemos adaptarnos a las situaciones concretas de los individuos y realizar etnografías a veces en contextos adversos. Personalmente no me parece ético incomodar a personas que pasan por una situación ingrata.

### **Zonas escenario o nodos de sociabilidad**

Durante mi trabajo de campo identifiqué dos zonas en el interno de la sala, que por su configuración espacial y por los objetos que moldeaban su orografía, se prestaban a una proliferación de las interacciones sociales en su contorno.

«El espacio es una forma que en sí misma no produce efecto alguno. Sin duda en sus modificaciones se expresan las energías reales pero no de otro modo que el lenguaje expresa los procesos del pensamiento, los cuales se desarrollan en las palabras pero no por las palabras... No son las formas de la proximidad o la distancia espaciales las que producen los fenómenos de la vecindad o extranjería, por evidente que esto parezca. Estos hechos son producidos exclusivamente por factores espirituales, y si se verifican dentro de una forma espacial, ello no tiene en principio más relación con el espacio que la que una batalla o una conversación telefónica pueda tener con él, a pesar de que estos acontecimientos no pueden efectuarse sino dentro de determinadas condiciones espaciales» Simmel (1924: 644).

### **Escenario tv**

La sala de Atenció l'Usuari, es una estructura casi cerrada, una habitación de unos cinco metros cuadrados con forma de cubo. Uno de sus laterales frontales es de cristal y comunica con la sala de espera precisamente para poder atender a los usuarios que llegan hasta urgencias.

Bien, esta configuración espacial predispone sensorialmente a sentir privacidad, con lo que este pequeño habitáculo se establece como punto de pequeñas reuniones o tertulias, comentarios de anécdotas o pausas de tiempo entre turno y turno del personal que trabaja para la organización sanitaria. Desde el observador que repara en ello, la imagen que se obtiene es una enorme caja, con su pared central transparente, que contiene dentro personas vestidas de blanco que se interrelacionan de manera alegre y cercana. Inmediatamente, la imagen que me suscitó fue la de una enorme caja tonta <sup>8</sup>, María, F. (2005).

Emerge como una gran pantalla de bordes perfectamente delimitados, que intermitentemente emite a escena [como parte agregada a la escenografía de la sala], generando un gran foco de atención, teniendo como audiencia a los propios pacientes.

El encuadre viene dado por las cuatro paredes opacas que se unen su cara frontal acristalada, que es la que permite nuestra visibilidad y que da la sensación de pantalla tv; además de que su iluminación intensa resalta su interior en relación al resto de la sala: hace que los individuos encuadrados, bajo una especie de efecto óptico, adquieran un cierto relieve sobredimensionado.

Inconscientemente la atención se focaliza hacia lo que acontece allí adentro, en ese cubículo predispuesto siempre a la representación de sus actores. Personajes casi siempre vestidos de blanco que ríen, se abrazan, charlan, en ocasiones carcajean al unísono, se aglutinan en esa pequeña área, hasta formar un conjunto de seis personas.

Así pues la configuración espacial configura y condiciona las interacciones y por ende las relaciones dentro del emplazamiento. Cuando se observa, durante un largo periodo, cómo reaccionan los individuos al espacio y cómo lo utilizan, es posible empezar a discernir con toda seguridad esquemas de comportamiento proxémico (Hall: 1968: 93).

---

<sup>8</sup> Nombre coloquial para designar al aparato de televisión.

### Escenario Refrigerio

Asimismo, en un lateral derecho de la sala, muy cerca de la puerta de entrada, en un recoveco poco útil arquitectónicamente, se colocaron desde el inicio las máquinas expendedoras de comida y café. De ellas se valen los pacientes y los trabajadores, tanto los del servicio de urgencias como los de otras plantas del edificio. Es apreciable que en ocasiones los empleados aprovechen el pequeño recodo para entablar algún tipo de conversación y beber el café mientras lo hacen. Su apariencia se muestra más relajada, su expresión facial se libera, la posición corporal se muestra más natural y menos rígida. Las articulaciones en sus movimientos se arquean y doblegan, los rostros emiten sonrisas, se libran de objetos fijados al vestuario. Existe pues un simbolismo corporal, un dialecto de las actitudes y de los gestos individuales, que tiende a suscitar en el actor lo mismo que él suscita en su entorno... entorno que sólo comprende a las personas que se hallan en su presencia inmediata y solamente a ellas (Goffman, 1963: 33).

Parecería indicar que el tener como telón de fondo estás máquinas y este pequeño surco arquitectónico, ligeramente apartado (pero totalmente visible), los individuos tienen la sensación de apostarse en un pseudo-bar. Los condicionantes físicos y espaciales catalizan evidentemente las prácticas relacionales en el lugar y conforman focos de actividad social. Es apreciable la simbología que descargamos en los objetos, son estímulos donde emular situaciones que vivimos en otros contextos.

## **5.2 Incidentes Microculturales**

A continuación, expongo lo que llamo cinco incidentes microculturales que dieron lugar dentro de la sala de espera mientras llevaba a a cabo mi etnografía. He escogido cinco situaciones de diversa índole, siguiendo el flujo de la conducta observable, con el fin de vislumbrar la heterogeneidad de esta realidad contextual en continua estructuración. Se trata de pasajes cortos, entrecortados, difusos y disruptivos en ocasiones.

En el encabezado de cada uno de ellos señalo un pequeño título, debajo, la fecha y la hora donde da comienzo cada uno de ellos.

### 5.2.1 Microincidente : quiero entrar

22 de abril 2017 10:12h

Entro en la sala y ocupo uno de los asientos habituales. He escogido una silla libre que queda justo debajo del aire acondicionado, hoy hace mucho calor, y además me sitúa céntrica en la fila, la que he identificado como privilegiada, la que me da una perspectiva que favorece mi análisis como observadora.

Lo primero que me llama la atención es un joven, que podemos identificar como de fenotipo indoario<sup>9</sup>, sentado de cuquillas en el suelo, fuera de los módulos de sillas de madera habilitadas para que los pacientes se puedan instalar. Se encuentra en un extremo de la sala, junto a la puerta acristalada que da acceso al área, muy cerca de las máquinas de comida, apoyado en la pared.

Su cabeza está inclinada hacia abajo y las manos (grandes) las tiene apoyadas ambas sobre la zona frontal de la cabeza, de tal forma que es imposible verle la cara. Emite sollozos y soplos audibles intermitentes en toda la instalación, con lo que parecería que sufre algún tipo de dolor. Realiza un ligero balanceo de delante hacia tras de unos cinco centímetros de distancia desde un eje imaginario con respecto a la pared; resultando un movimiento de la parte media alta del cuerpo, casi imperceptible; suponemos que lo hace para aliviar su dolor.

Viste de color oscuro, con camiseta de manga corta y unos pantalones largos de tejido ancho. Porta unos zapatos sandalia de color marrón con los dedos descubiertos. Su pelo es corto.

Está acompañado de otra persona, un joven varón de la misma “raza”, que intuimos que es su amigo, ya que lo intenta ayudar en esta situación. En repetidas ocasiones trata de levantarlo del suelo para llevarlo hasta la sillas, lo coge por el brazo izquierdo y tira con él con fuerza hacia atrás, hasta tres veces, pero él rehúsa y se mantiene en el suelo en la misma postura con las rodillas flexionadas y los pies paralelos apoyados en tierra. Mientras tanto, la actividad en la sala se desenvuelve de manera normalizada. La desatención cortés destaca como normal social continuada, como mecanismo autorregulador de la situación por parte de la audiencia se presenta en

---

<sup>9</sup> Ha sido complicada una clasificación por razas, existen diferentes clasificaciones admitidas, mi temor era acuñar alguna que conllevara un mínimo atisbo de prejuicio.



escena.

Esta secuencia dura alrededor de diez minutos. A continuación, sin ninguna dilación, el paciente se yergue y, con paso decidido, pasos largos y mirada fija en la puerta que da a los boxes médicos, abre las puertas modulares de vaivén, ejerciendo una fuerza excesiva para introducir su cuerpo a través del hueco que permiten los dispositivos corredizos. Para ello realiza un gesto que provoca que sus brazos se enderecen rígidamente en ángulo perpendicular a suelo, mucho antes de atravesar la puerta, lo que hace anticipar la entrada. Al tomar contacto con el material del umbral, empuja con los brazos antero-lateralmente, con tal impulso que la puerta al girar sobre sus bisagras, emite un sonido agudo que produce que muchos de los pacientes giren la cabeza hacia la estridencia. Esta aplicación de energía sobre estos dos cuerpos materiales, hace que los módulos de vaivén continúen agitándose durante aproximadamente un minuto. Como hemos visto, el dialecto corporal es un discurso convencionalizado (Goffman, 1963: 34). Este ruido alerta al personal administrativo, compuesto de dos personas, que extrañados, abandonan su dependencia habitual y acuden hasta la zona de contingencias a interesarse por aquel sonido repetido; para ellos también suponemos fuera de lo habitual, dadas su evidentes caras de extrañeza.

La expresión facial que presenta el paciente antes de franquear la puerta, es el ceño fruncido, la apertura de los ojos ligeramente modificada, excediendo su contorno habitual; su mirada fija converge en un solo punto, nariz arrugada en su parte superior y un rictus inmutable serio/enfadado. Estos signos expresivos corporales son aptos para traducir todo lo que un individuo puede decir en un enunciado verbal (Goffman, 1963:34).

Lo más destacable dentro de estas últimas secuencias de actividad, es la velocidad inusitada con la que se desarrolla la acción, rompe totalmente con la cadencia, con el tempo habitual respetado dentro de las instalaciones. Desacuerda por tanto, con el flujo dinámico habitual de movimiento de los pacientes que he podido observar durante el desarrollo de esta etnografía situada. Identificamos esta interacción como un párrafo disruptivo dentro de las actividades situadas del contexto. Nos servimos del análisis de los datos de movimiento, tiempo y distancia que extraemos del flujo de actividad dentro de la instalación. La proxemia y la kinésica nos permiten recomponer

las secuencias comportamentales de las escenas de tal manera que nos sirven para un análisis intensivo de la escena.

A continuación, el paciente desaparece detrás de las puertas, abandona la escena, damos así la secuencia de acción por finalizada. En este caso las puertas son los mecanismos físicos que nos sirven de cierre en la interacción. En esta dramaturgia de personajes la desaparición detrás de la puerta del personaje, es el cierre de telón que pone fin a la escena.

En esta escenografía, todos los personajes son verosímiles y pertinentes: el paciente ejecuta acciones donde muestra dolor y signos de enfermedad, el amigo ejecuta acciones en que muestra intentos de ayuda para salvar la situación, el personal administrativo atiende a un acontecimiento fuera de lo común atendiendo a sus responsabilidades dentro de la institución y acude a clarificar la situación, a realizar una nueva definición de la situación. En relación a toda esta secuencia de acción adscribimos el texto de Goffman describe (2006) el individuo intenta efectivamente que le atribuyan los demás cuando está en escena y actúa conforme a su personaje(...) este último no deriva inherentemente de su poseedor sino de todo el escenario de su actividad, generando por este atributo de los sucesos locales que los vuelve interpretable por los testigos (Goffman, 2006: 268-269).

### **5.2.2 Microincidente : niños**

**1 junio 2017 18:30h**

Estoy aposentada en una de las sillas junto a la pared de cristal, que hace de separador espacial, para construir el pequeño pasillo, que da acceso a las dependencias médicas.

A continuación entra una familia compuesta por una abuela y tres nietos pequeños de diferentes edades. Dos de los nietos, varones, pueden tener alrededor de tres y cuatro años y el último, más pequeño, una niña, va todavía en carro de bebé y tendrá unos dos años.

Seguidamente entra un hombre joven alto y se aproxima de manera íntima hasta ellos, toca la cabeza de uno de los niños y lo besa en la cara. Suponemos que es el padre de los infantes.

El reconocimiento de un núcleo familiar en esta secuencia se debe al tipo de conducta y a las formas de aproximación de carácter íntimo y afectivo que se establecen entre ellos; también las características físicas en cuanto a edad y género de los componentes son indicativos en este caso. Las edades y el establecimiento de los roles familiares son aproximados y responden a las apariencias y a la conversación derivada en el transcurso de la situación, así como los gestos y las diferentes acercamientos y ademanes que entablan. La comunicación es un proceso de múltiples canales cuyos mensajes se refuerzan y controlan de manera permanente (Winkin, 1982: 93).

Advierto que el hombre joven tiene extendida por cara, manos y tibiales -zona baja delantera de las piernas que coincide con el hueso tibia- una erupción cutánea roja, de manera acusada. Es de suponer que este es el motivo por el que están todos en la sala. Él parece ser que es el paciente y los demás son los acompañantes. En algún momento de la conversación escucho:

**- Era un bocadillo de atún y anchoas**

Intuyo, me ayuda (sólo después de la reflexión me hago cargo) mi formación de enfermera, que el pescado, muy alérgeno, le ha producido una reacción alérgica generalizada que ha de tratar.

El hombre joven presenta pequeños granitos repartidos de manera homogénea en las partes del cuerpo que he citado. El paciente se frota frecuentemente en las zonas dañadas, realiza movimientos intermitentes pero frecuentes, casi neurasténicos. Se desprende de esta forma de moverse, que la sensación debe ser urticante y, por supuesto, molesta.

Paralelamente a estas secuencias de acción relacionadas con la actividad del padre, los dos niños varones establecen mecanismos de esparcimiento y juegos con el mobiliario de la sala. Lo hacen siempre en proximidad a los adultos. Utilizan recorridos recurrentes, siempre en proximidad de alguno de los familiares.

Consiguen subir todo su cuerpo a la silla y se elevan, con los zapatos pisando el asiento propiamente dicho, de aquellos vacíos; se recuestan boca a arriba, se recuestan posteriormente boca a bajo, a continuación, se adhieren al respaldo con su espalda, sentados de cuclillas en el asiento y ejecutan un movimiento en vertical hacia arriba y hacia abajo repitiéndolo como unas cinco veces hasta cambiar, mientras se miran entre ellos y ríen. Seguidamente bajan de la silla, andan unos pasos y eligen otro sitio donde componen juegos parecidos.

Corren alrededor de los bloques módulos de sillas de cinco. Realizan pasos cortos adecuados a su estatura, con una velocidad cambiante. Se paran en seco, continúan, se paran en seco, justamente con esta cadencia. Cambian el sentido de juego y comienzan a rodear otro módulo distinto, siempre intentando la cercanía con su familia y la no presencia en el mobiliario de otras personas.

La niña más pequeña permanece succionando un chupete recostada en el carrito sin emitir ningún movimiento ni sonido reseñable.

Los niños en cuestión ríen, sonríen, en ocasiones gritan o emiten sonidos sin pronunciar ninguna palabra concreta. Se advierte una especie de alboroto discontinuo de sonidos agudos. Esto es mantenido alrededor de 15 minutos. La abuela se dirige verbalmente hacia ellos y los reprende en varias ocasiones con alguna de estas frases cortas y directas:

- **Oye: sentaos y callaos.**
- **Ven aquí, ven.**
- **¡Aleix!**
- **Estaos quietos.**
- **¡Aleix! ¡Coña calla! ¡Que aquí no se puede hablar!**
- **Chicos, ¡está durmiendo la nena!**
- **No chilles.**

En diversas ocasiones también utilizan chisteos:

- **Sshhhhhhhhhhhh**

En esta escena, en la que los niños se agitan de manera continuada, mientras la abuela les dirige frases cortas y simples a modo de órdenes; hay una clara relación entre lo comunicado y la disposición espacial y relacional en la que se encuentran los interlocutores.

T. Hall lo representa en el siguiente párrafo: “el contenido de la conversación va unido a la distancia y a la situación, así como a las relaciones entre los participantes, sus emociones y actividades” (Hall, 1968: 90).

Pese a las llamadas de atención de la abuela, los niños hacen caso omiso o vagamente muestran disposición de obediencia, alguna vez fijan la mirada en los ojos de la abuela y se detienen por uno o dos segundos.

Resaltar dentro de la escena, que son dos niños a la vez ejecutando juegos de variabilidad creativa en el tiempo, a diferentes compases, en diversas localizaciones del recinto y con desiguales dinámicas de resolución, trazando circuitos de movimiento dispares. Emiten sincrónicamente sonidos, risas, palabras, que obedecen a códigos distintos y que se descifran con sus taxonomías pertinentes. Lo que hace muy dificultoso para mí el seguir a ambos individuos a la vez en la secuencia de acción participada.

Simultáneamente intento observar qué acaece con el paciente que detenta el rol de padre, que prosigue con su afección alérgica inflamatoria, ansiando ser atendido; amén, de intentar no perder mi atención sobre el resto de la sala. Como referencia Bateson (1971) la significación no se aproxima a la univocidad o a la ausencia de ambigüedad más que cuando se acepta examinar unidades muy grandes de la corriente comunicacional, e incluso entonces, la aproximación a la ambigüedad cero será asintótica. A medida que se admitan conjuntos de datos más importantes, la probabilidad de una interpretación aumentará, pero no desembocará jamás en una demostración(...) Esto querría decir concretamente que una colección finita de datos conferiría una ausencia completa de la ambigüedad a algún elemento que se encuentre en su seno. Sea cual fuere la amplitud de definición de contexto, siempre podría haber contextos más vastos cuyo conocimiento invertiría o modificaría nuestra comprensión de aspectos particulares (Bateson, 1971:13-14).

Es en ese preciso momento es cuando soy consciente de la limitación de mis sentidos, como antropóloga y como ser humano inserta en el flujo de la

interacción. Los límites de lo atendible existen y están atravesados por la cantidad de estímulos presentes en el entorno. Cuanto más inputs en el medio, la ecuación se vuelve más caótica, más complicada para la decodificación de nuestros sentidos y análisis en nuestro córtex. Siguiendo con Bateson “No percibimos en bloque el desencadenamiento de las terminaciones nerviosas. Pero a partir de la rociada de impulsos nerviosos iniciada por este desencadenamiento, construimos imágenes de elementos identificables, que se integran en conjuntos más vastos que poseen una significación” (Bateson, 1971:8).

Entre tanto, la sala continua con su desatención cortés impertérrita, con su habitual estoicidad que, bajo mi parecer, es la estrategia conjunta mantenida por los individuos que hace que en fondo la sala mantenga su homeostasia habitual, en el sentido que decía Goffman: individuos que se esfuerzan por representar por dar sentido unos mismos parámetros de realidad ( 2006). En la sala los demás pacientes usuarios observan a los niños, los siguen con la mirada, algunos sonríen a su paso, pero nadie como audiencia de los allí sentados se dirige a ellos.

Importante destacar también dentro de este episodio cómo los niños no se adhieren a las reglas, a la normativa implícita impuesta por el emplazamiento, no se adhieren a los rituales de socialización cotidiana del mundo público al que sí reverencian los adultos. Es interesante visualizar cómo no respetan el guion dentro de la obra, seguramente porque lo ignoran o no se lo saben. Seguramente porque el tiempo de aculturación sobre ellos no ha bastado. En este punto, entendiendo, como lo entiende Goffman, al individuo, como personaje en interacción, ¿qué pasa con los niños? ¿Por qué no se adscriben al guion reglado de la organización?

Goffman diría que están claramente representando su papel de niños, despliegan su self correspondiente en esta situación declarada: la de ser niños no enfermos en una sala de espera. Representando seguramente otra obra distinta.

### **5.2.3 Microincidente : què piores?**

**23 Junio 20:45h**

Estoy observando desde la zona posterior de la sala, desde lo que sería su fondo, me coloco de tal manera que puedo ver la puerta de entrada.

Ha entrado una señora en una silla de ruedas, de unos cuarenta y cinco o cincuenta años. Pelo pelirrojo despeinado, endosa un vestido verde claro con pequeñas flores blancas. Sentada en la silla el tejido del vestido alcanza la línea por debajo de las rodillas. Su semblante, inmóvil, me parece bastante triste. La podemos identificar como de etnia caucásica. Aquello que me ha llamado la atención, es que ha sido traída hasta aquí por los servicios sanitarios y la han ubicado donde acaba uno de los módulos de asientos, para que no interfiera el paso de los demás pacientes en el interior del recinto. Dentro de la sala ocupa un lugar muy visible, justo a la entrada. Está a lado de la puerta de cristal que da acceso a la sala. Y por la postura, parece que espera: su brazo apoyado en el apoyabrazos de la silla de ruedas, formando una especie de triángulo, quedando la mano en la parte superior estirada con la palma hacia arriba, donde va a descansar su cabeza en posición reclinada.

A continuación, entra una pareja de edad avanzada, pero notablemente bien conservados los dos. La mujer se dispone a dar los datos en el mostrador de Atención al Usuario, mientras el hombre espera junto a la puerta, muy cerca de donde se encuentra la mujer pelirroja.

El hombre expone de manera continuada una extraña sonrisa en su cara. Casi parece una mueca. Observa la sala, mira hacia un lado y hacia otro, siempre con este rictus sonriente y desconcertante en la cara.

En una de las batidas que realiza el hombre descubre a la señora pelirroja llorando, se acerca a ella, de la que distaba escasamente un metro, le pone la mano en el hombro, y le dice:

#### **- Què piores?**

Y simultáneamente le da un corto beso en la cabeza.

La señora estaba absorta en sus pensamientos mirando hacia otro lado y ni tan siquiera había reparado en la aparición en escena de este hombre, muestra una excitación emocional súbita de desautorización.

La paciente asombrada por la interacción inesperada de este hombre desconocido hasta el momento, rechaza de inmediato su intrusión. Nuestras actividades, precisamente porque son públicas, se inscriben en un medio constantemente parasitado por iniciativas no autorizadas y se despliegan en la ambigüedad y en la imbricación de los territorios (Joseph, 1999:71)

La enferma que no se había manifestado en ningún momento, comienza a emitir sonidos agudos y a ulular, así como a agitar los brazos hacia arriba y hacia abajo, para volver a subirlos otra vez, arrastrando con ellos sus manos de manera continuada y frenética para intentar deshacerse de su interlocutor. Aquí descubrimos que la señora no posee la capacidad de hablar, sólo consigue emitir sonidos, gritos y chillidos para liberarse de su interlocutor, del que visiblemente desea alejarse o más bien desea que él lo haga, ya que ella se ve constreñida a la silla de ruedas.

Esta secuencia de interacción ha sido muy rápida. Posteriormente la otra señora más mayor, pareja del señor, que hasta el momento estaba ausente de la escena, porque se ocupaba de las gestiones pertinentes del alta de pacientes en Atención al Usuario, se ha dado cuenta del incidente a colación de los gritos prorrumpidos y, ha detectado la cercanía excesiva, casi íntima, de su marido a esta mujer, con la que continua manteniendo un diálogo, pese a sus intentos visibles de deshacerse de él.

El señor, pese a todo, muestra una inmensa sonrisa mientras continúa su monólogo con la paciente, que sigue luchando con alaridos porque la deje sola. Como explica Watzlawick (1971), normalmente, un cierto consenso práctico se consigue en las relaciones humanas a través del proceso mencionado de negociación, ratificación y renegociación. En las relaciones trastornadas, las tentativas de negociación son a veces tan ineptas y groseras que ninguno de los participantes puede permitirse un acuerdo: el foso entre las definiciones dadas de la relación es demasiado ancho, amenaza la supervivencia psicológica de cada uno (Watzlawick, 1971: 49).

La señora mayor dice para sí en voz alta:

- **Ay mare!**



Sincrónicamente, la mayor parte de los individuos en la sala realizan su habitual desatención cortés, otros personajes, en las posiciones más cercanas a la acción, se han acogido a un rol de observadores silenciosos. En cualquier caso, nadie ejecuta ninguna acción a colación de la situación.

Ciertas distancias aumentan o disminuyen según las circunstancias. La distancia interpersonal resulta de una mirada de señales sensoriales codificadas de una manera determinada. Hall apunta (1968)(...) finalmente todos los sentidos entran en juego en el establecimiento de la distancia; son la proxémica lo que el aparato vocal (dientes, lengua, paladar duro, paladar blando, cuerdas vocales) es la fonética. Si se considera que el hombre está en continua transacción con su entorno, unas veces activa y otras veces pasivamente, se comprende que una criba selectiva sea tan necesaria como una estimulación estructurada de los sentidos (Hall, 1968: 94).

Lo que destacamos de este microincidente es el quebrantamiento y la invasión del espacio personal de la paciente así como el atrevimiento y la trasgresión de establecer contacto físico con el cuerpo de otra persona que es una total desconocida. Normalmente el tacto sólo se establece con aquellas personas con las que se tiene una relación de relativa cercanía.

Además el contacto se produce en la cabeza: parte noble de nuestro cuerpo junto con la cara. Esto puede verse como un cierto gesto paternalista. Por otro lado, recibir un beso de un individuo que apenas conoces, casi puede llegar a suponer un abuso según en qué contextos, acción además que la señora no esperaba, ni por supuesto deseaba, dada su reacción de agitación motora de posterior.

Goffman en este caso diría que el individuo no se adecua correctamente a la situación. Es nefasto en el manejo de impresiones con la audiencia. Las impresiones que dan las otras personas tienden a ser consideradas reclamos y promesas hechos de forma implícita y los reclamos y las promesas suelen tener un carácter moral (Goffman, 2006 : 266).

#### **5.2.4 Microincidente : me voy**

**22 mayo 12:35h**

Estoy sentada en la zona de la sala que ya es habitual para mí, me refiero a la franja privilegiada para la observación, la primera fila, justo al entrar por la puerta a la izquierda.

Esta situación en la que me ubico no deja de suscitarme la sensación de estar en plena escenografía, donde cada uno ha venido hasta este escenario a representar el papel para el que se ha preparado.

Llevo alrededor de hora y media en la sala y la actividad ha sido escasa, no debido a la baja afluencia e pacientes, sino más bien al ritmo de entrada, sospecho que algo en las dependencias médicas los mantiene copados.

En la fila de enfrente, paralela a la mía, hay una señora mayor en una silla de ruedas, acompañada de la que parece ser su cuidadora. Actualmente este tipo de figuras sociales –los cuidadores- se ocupan de los cuidados físicos y psicológicos de los pacientes ocupándose del rol y soporte que ejecutaba la familia hasta hace pocas décadas. En este sentido, aquí el término familia se emplea en el sentido de “los otros que cuentan” (Jackson, 1957: 80).

Ambas personas esperan a ser atendidas. Cuando yo llegué y me instalé en la sala, ellas ya ocupaban su posición en el habitáculo, por lo que se deduce que llevan más de hora y media de espera.

La señora mayor es enjuta, debe tener entre unos setenta o ochenta años, caucásica, tez arrugada, ojos oscuros, pelo corto y negro recogido hacia tras en un pequeño moño, está sentada en una silla negra de su propiedad, ya que normalmente las del centro vienen señaladas con el lugar al que pertenecen y esta no lo lleva. Endosa un vestido claro de tirantes anchos, porta los brazos descubiertos y unos zapatos oscuros a modo de zueco. Está acompañada de una mujer que se encarga en todo momento de sus cuidados más inmediatos: ir a la máquina expendedora y buscarle agua, acompañarla al baño, acercarle un pañuelo etc. Esta mujer es joven, de unos veinte a treinta años, afroamericana, porta un móvil en la mano del que no se desprende y que consulta frecuentemente. Tiene el pelo corto oscuro a media melena, piel cuyo fenotipo es oscuro, estatura un metro sesenta aproximadamente, lleva una camisa blanca de manga corta con unos pantalones vaqueros y unos zapatos finos sin tacón. La cuidadora se sienta en uno de los extremos del bloque de sillas, justo en la última silla, de modo

que la que suponemos que es la cuidadora, ha colocado la silla de ruedas contigua, en el espacio vacío que queda, para poder estar lindantes. La señora mayor resopla con frecuencia, mira hacia el mostrador con asiduidad, en un mismo gesto rápido: alza los brazos hasta casi a la altura de los hombros y a continuación doblega las muñecas y, en contacto visual con su acompañante, comenta:

- **¿Pero qué pasa? ¿Hoy no nos atienden?**

La espera se dilata media hora más, durante la cual la señora sigue emitiendo resoplidos audibles que denotan supuestamente su desesperación por ser atendida. Sigue girando la cabeza y fijando su mirada en el mostrador. Devuelve la mirada respectivamente a la mujer joven y comentan algo que no consigo oír.

Se suceden varias secuencias de este tipo hasta que la cuidadora acude al mostrador, inducida por la señora, para informarse de su situación y, una de las personas encargadas en ese momento, le responde entonando la siguiente frase:

- **Siéntese; en cuanto puedan las llamen, de verdad.**

Dicho esto, la cuidadora vuelve al sitio que le corresponde junto a su acompañante.

Aproximadamente unos diez minutos más tarde, la mujer joven se levanta y hace el ademán de movilizar la silla para marcharse. La señora mayor entona:

- **Nos vamos, no hay derecho a esto, ¡tanto tiempo!**

Con un tono alto, audible perfectamente.

Denota que está irritada, acompasadamente, mientras habla, mueve las manos, levanta las palmas hacia arriba.

Seguidamente surge del reducto construido para los trabajadores de Atención al Usuario una mujer joven que se había comunicado previamente con la cuidadora y, de inmediato, se aproxima hasta la señora, se acerca hasta ponerse a su altura, de tal manera que apoya una de las rodillas en el suelo

para hacer coincidir la altura de su cabeza con la cara de la paciente, apoya una de sus manos en el apoyabrazos de la silla de ruedas y sonriendo, sin tocarla, con una voz cálida, entona:

- **Por favor señora, espérese, enseguida le atenderán; dentro de poco la llamarán.**

La paciente declara que se va porque se muestra convencida de que está sufriendo un abuso por parte de la organización. A esto se le llama proceso de mixtificación en la comunicación. Es decir, la divergencia no aparece entre la afirmación y la réplica, sino entre la declaración de uno y las percepciones, sentimientos e intenciones del otro (Watzlawick, 1971: 51) “la persona mixtificada está equivocada por definición, pero puede que no se sienta equivocada” (Lang en Watzlawick, 1971: 52).

En la secuencia de acción cabe destacar el papel fundamental de la comunicación no verbal, el acompañamiento de los gestos a la palabra y viceversa. La más antigua investigación en kinésica se proponía tan sólo establecer las correlaciones manifiestas entre movimientos del cuerpo y comportamiento verbal. Así pues Birdwhistell profundiza acerca de esto (...) “ahora bien, desde las primeras tentativas de síntesis de estos datos se reveló que más allá de la actividad bucal que participa en la producción del habla, vastos sectores del comportamiento corporal parecían ser activados, o al menos modificados por la presencia de la verbalización” (Birdwhistell, 1970:232).

### **5.2.5 Microincidente : ¿qué está pasando?**

**3 junio 19:30h**

Aquella tarde en la sala todo discurría según los procedimientos de la organización y yo, metódicamente, seguía con mis observaciones y mis notas desde la silla que había escogido. Esta vez me coloqué justo en el lado

opuesto de la sala, hacia el final, con la finalidad de tener amplitud visual del espacio; lo que me daba otra perspectiva para la inspección.

Como apuntaba, el proceder de espera de la organización se cumplía sin ninguna incidencia, de tal forma que los pacientes eran avisados por altavoz y pasaban a la sala de triaje con el enfermero primero, para ser llamados después de minutos o horas por altavoz a los boxes médicos; también por el altoparlante.

En un cierto momento del flujo de actividad de la sala, una paciente es nombrada y ella, al escuchar su nombre, se levanta súbitamente de la silla que ocupa en el otro extremo de la sala y con paso ligero, procede a atravesar las puertas de vaivén, donde se accede a las dependencias médicas.

La paciente es una paciente joven, de unos veinte cinco a treinta años, pelo rizado castaño corto, suelto hasta la altura de los hombros. De complexión delgada, endosa un vestido amarillo, de largo por encima de las rodillas; portaba unas sandalias negras. Su piel se veía bronceada por el sol.

Tan sólo uno o dos minutos después, sucede algo muy inusual y desconcertante, la paciente cruza de nuevo las puertas que apenas había atravesado, pero esta vez la acompaña sospechosamente, un joven trabajador sanitario (ya que viste totalmente uniformado de blanco). Este presenta un semblante muy serio y no se aparta de su lado. Mantiene una distancia inapropiada con la paciente, de alrededor de 20 cm, que ésta le permite.

El trabajador sanitario permanece estático a su lado sin mediar ni una sola palabra con ella, mantiene la mirada fija en todo momento sobre la paciente, es muy intrusivo desde un punto de vista proxémico. Además, la complexión fuerte del trabajador destaca en el contexto. Es alto, alrededor de un metro ochenta, corpulento, vigoroso, con barba. Permanece en pie junto a la mujer, con una quietud inusual y a intervalos de tiempo, cruza los brazos; siempre sin apartar la mirada de esta.

La envergadura del trabajador da la impresión de ejercer una especie de medida presencial coercitiva.

En esta situación de interacción, todavía no se ha escuchado ni una sola palabra. Es complicado comprender el significado de la secuencia. Partimos de que desconocemos qué ha sucedido dentro de las dependencias médicas, donde no teníamos ninguna opción de visibilidad, ni de escucha, por lo que se nos hace más difícil la descodificación y análisis de la situación.

Birdwhistell reflexiona acerca de “ estudiar el movimiento corporal como una estructura que posee sus propias reglas de orden, me forzaron a concentrarme en el comportamiento humano visible reducido al silencio” (Birdwhistell, 1970: 230)

La joven, seria, mira hacia atrás, hacia la puerta, en diferentes ocasiones, y a su vez mira al profesional que continúa casi pegada a ella.

Poco a poco, la escena va cambiando de posición y ambos personajes van avanzando hacia la puerta de salida: siempre juntos, sin tocarse. Sin pronunciar ni una sola palabra.

El recorrido contiguo que han realizado, en esa extraña aproximación intimidatoria y permitida, ha tenido el siguiente desplazamiento: desde la puerta del vaivén que da a los boxes médicos por las que salieron juntos, hasta la puerta de salida que da al exterior, a la acera.

Merece la pena repetir de qué se trata: cuando un individuo se encuentra en un lugar público no está simplemente desplazándose de un punto a otro en silencio y resolviendo mecánicamente temas de circulación; también se está ocupando constantemente de mantener una posición viable en relación con lo que ha llegado a ocurrir en torno a él, e iniciará intercambios gestuales con otros, conocidos y desconocidos, a fin de establecer cuál es esa posición (Goffman, 1979: 162).

Finalmente, la paciente joven abandona la sala de espera y se marcha servicio de urgencias sin ser atendida. Pero unos segundos antes de cruzar el último umbral, lanza unas palabras en voz alta dirigidas directamente al joven, puesto que lo mira fijamente a los ojos, con un atisbo iracundo, mientras frunce el ceño.

**- Me cago en tu puta madre.**

Según Firth el discurso no es un caos ilimitado... Para la mayoría de nosotros los papeles (sociales) y las líneas (verbales) están presentes, y por ellos las líneas pueden clasificarse y correlacionarse con la parte y también con los episodios, escenas y actos. La conversación es mucho más que ese ritual prescrito a grandes rasgos como casi todo el mundo cree (Firth en Sigman, 1979). En esta escena, la última frase no es azarosa. Recoge el significado

de toda la secuencia. Sólo que no hemos sido testigos protagonistas de cada una de las partes de ellas.

El hecho de que la joven mujer lance un improperio al joven profesional, la desacredita casi de inmediato delante de toda una audiencia de pacientes que escuchan en la sala. Goffman apunta con respecto a esto, por último observamos con frecuencia que el individuo puede comprometer profundamente su yo (...). Por ende, cuando se produce una disrupción advertimos que pueden llegar a desacreditarse las imágenes de sí mismo en torno de las cuales se forjó su personalidad. Estas son las consecuencias que pueden llegar a tener las disrupciones desde el punto de vista de la personalidad individual. (Goffman, 2006: 259)

Durante tres segundos la sala se queda momentáneamente en silencio. Después su actividad prosigue normalmente.

En esta secuencia de acción, el significado se muestra difuso, ya que la progresión de los actos que realizan los individuos, es entrecortada por la salidas y entradas en escena. La definición de la situación en este caso se hace complicada para los actantes: hablamos de la paciente, el joven profesional y el resto de la audiencia en la sala; la estructura de la composición escenográfica está inconexa; el qué, cómo, por qué, dónde, cuándo, no se pueden responder. Con lo que los individuos quedan en una condición de perturbación dentro de la misma.

Desde el punto de vista del observador (yo misma) la situación se muestra desconcertante, la falta de información y de aclaraciones, donde los personajes no quedan del todo definidos, en parte porque la acción se ha desarrollado en un escueto periodo de tiempo y en parte porque existe información que desconocemos.

Desde un plano social, son situaciones de interacción restan inacabadas, perceptiblemente intensas emocionalmente y disruptivas con respecto al contexto.

### **5.3 Consideraciones analíticas en la sala de espera del CAP Manso**

#### **5.3.1 Movimientos en el espacio: proxemia y kinesia**

La cercanía espacial entre individuos induce a establecer interacciones o conversaciones. En esta sala es poco probable que alguien se levante a establecer un vínculo comunicativo con otro individuo si está a más de dos metros.

Entre la primera y segunda fila de sillas de la sala de espera hay escasamente metro y medido de separación. Los asientos están dispuestos de tal modo que la primera fila apoya el respaldo en la pared de la sala y el resto de filas de asientos se ordenan encarados mirando hacia la primera fila. Así pues, los individuos que ocupan la primera y segunda fila de sillas, se disponen cara a cara con una separación de entre 1,5 y 2 metros; así que normalmente evitan el contacto visual, ya que la proximidad es excesiva e incómoda. Un contacto visual continuado, no se consideraría adecuado o educado; al contrario sería transgresor y disruptivo en aquellas reglas tácitas que permiten la accesibilidad. El exceder el tiempo pertinente fijando la mirada en el otro genera incomodidad y contrariedad.

Con lo cual, en esta zona de la sala, en esta franja que la atraviesa de un 1,5m. x 12m. aproximadamente, el contacto visual continuado está restringido y los pacientes que allí se hallan, manifiestan una conducta de evitación contacto visual. Es decir, la primera y segunda fila tiene una regulación tácita del contacto visual, el cual queda restringido con el acato a la norma.

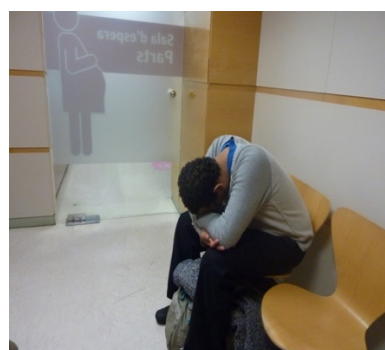
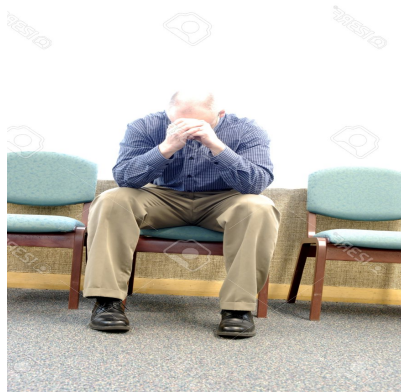
En este espacio, se acotarían en nódulos de interacción determinados, circuitos de movimientos en su mayoría habituales dentro de la sala, otras veces no estructurados, fluctuantes, distorsionados, ambivalentes, espontáneos, inacabados; obedeciendo a aceleraciones conductuales en ocasiones y a desaceleraciones comportamentales en otras; a silencios, a murmullos, a ritmos somáticos, a lo comunicado intencionalmente y a lo emitido o vertido de manera involuntaria.



La mayor parte de los movimientos que son ejecutados dentro de la sala se dan en posición sentada,<sup>10</sup> por lo que involucrarían la parte media alta del cuerpo del individuo. Movimientos que flexionan el tronco con una variabilidad de alrededor de unos 30° a 35°.

Estos movimientos articulan el tronco con los brazos y la cabeza normalmente; hay un cambio de postura frecuente relacionado con el tiempo de espera al que el individuo se ve supeditado. El cuerpo debe cambiar de posición para evitar dolor en zonas de presión, al mantener continuamente la misma postura.

Se observan posiciones de reposo de la cabeza sobre las manos, posiciones de brazos cruzados sobre el tronco, posiciones de brazos apoyados sobre la largura de las piernas. Posiciones de las manos sobre la cabeza, posiciones de las manos sobre las mejillas, respondiendo a diversas angulaciones con en eje del cuello.



En ocasiones los pacientes se reclinan sobre sus acompañantes, suelen apoyar la cabeza sobre el hombro de su asistente, suponemos que para reposar o buscar afecto.

---

<sup>10</sup>Excepcionalmente he observado pacientes en posición decúbito supino durmiendo dentro de la sala.



Entre los rasgos característicos de la presentación de la presentación de uno mismo como enfermo en esa comunidad, Birdwhistell destaca la parte superior del tronco y los hombros se doblan hacia delante, el vientre se relaja y los brazos y las manos pueden pender a los costados u oscilar muy lentamente (Winkin, 1884: 70).



Fuente: Internet. Sala espera atención primaria

En otras ocasiones los pacientes tienen dolor y habitualmente se sujetan la zona dolorosa con la mano si esta es accesible.



La disposición habitual en la sala es estar sentado, hallamos también diferentes posturas en cuanto a la colocación de los miembros inferiores: piernas y piés.

Miembros inferiores estirados, flexionados, replegados, cruzados, estirados cruzados, flexionados cruzados, pies en posición paralela con respecto a la cadera , piés no paralelos, etc.



Otro tipo de aglutinación de individuos que hemos advertido es la conformación de filas para acceder al mostrador de atención al usuario. Esta disposición espacial ejerce un control y orden sobre los individuos.

La adscripción a la fila conlleva el ser atendido en el servicio. La no adscripción a la fila conlleva no ser admitido en el circuito de atención sanitaria. La separación entre los individuos que conforman la fila siempre supera aproximadamente los 20-30cm. La distancia se reduce si las personas se conocen. Es importante en esta situación de alineación mantener el no contacto físico.



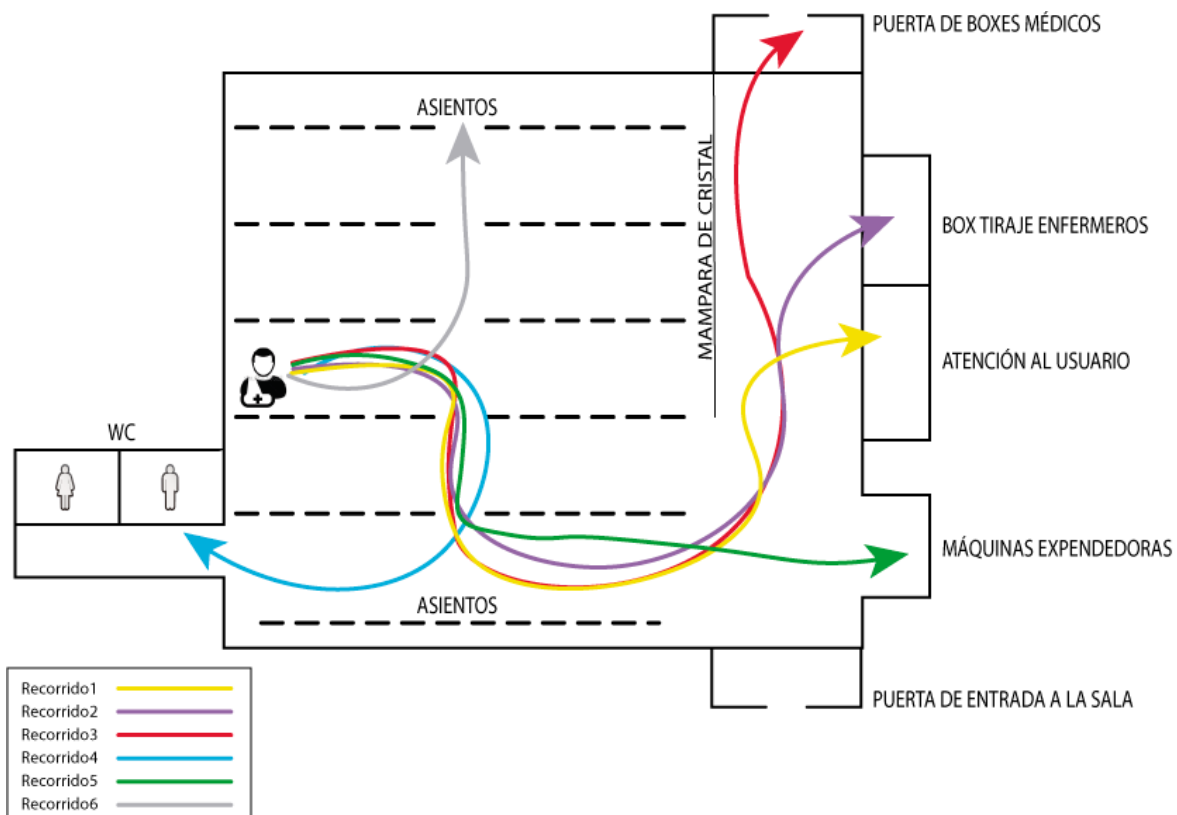
### **5.3.2 Recorridos:**

Dentro de la sala identificamos seis recorridos recurrentes experimentados por los usuarios:

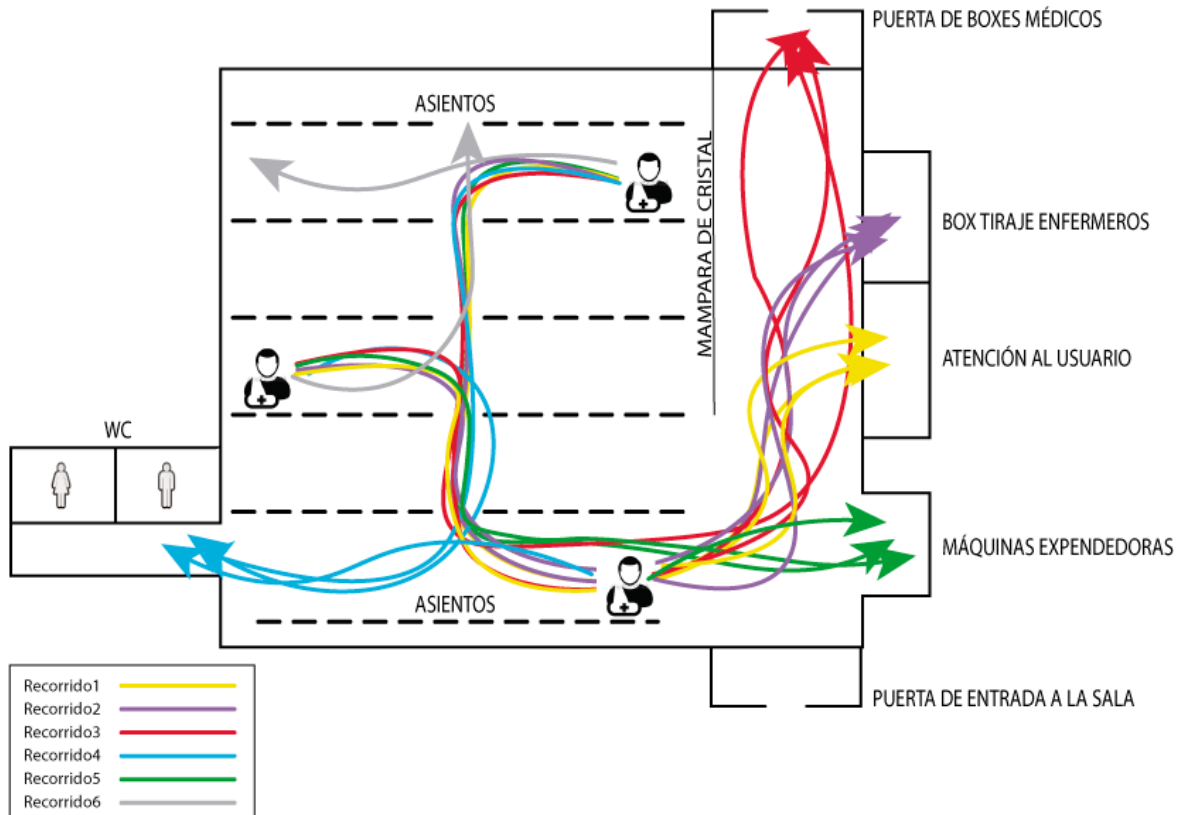
- Recorrido1 ir al mostrador: tránsitos que van hasta el emplazamiento de Atención al Usuario.
- Recorrido2 ir a la habitación 1: tránsitos que van hasta la sala de triaje enfermero.
- Recorrido3 ir médico: tránsitos que atraviesan las puertas que comunican los boxes médicos.
- Recorrido4 ir al wc: tránsitos que van hasta los baños.
- Recorrido5 ir a por comida: tránsitos que van hasta las máquinas expendedoras.
- Recorrido6 merodeadores: tránsitos dentro del área que no se identifican con objetivos protocolarios de la unidad.

Cabe destacar, que los individuos que esperan generan movimiento; el acto de esperar en esta sala queda desvinculado, por tanto, con el de interrumpir o paralizar la acción.

Patrones de movimiento: recorridos ejecutados por un solo individuo (figura1).



**Patrones de movimiento: recorridos ejecutados por varios individuos (figura2)**



He establecido una comparación entre la figura 1 y la figura 2, con el fin de poner en evidencia los recorridos formales de un solo individuo dentro de la sala en correlación con la de varios. En este caso tres a modo de maqueta o esquema.

La sala de espera real tiene cabida para 55 personas ubicadas en asientos, a las que podemos sumar las que permanecen sentadas en sillas de ruedas y las que raramente esperan de pie. Lo que incrementa su actividad de manera exponencial. Aclarar que la actividad fluctúa en el tiempo en función del número de personas que ocupan la sala.

Como se puede apreciar la sala presenta secuencias de acción donde los individuos se mueven de manera continuada, se aprecian circuitos estables y poco variables dentro del área.

Como apuntaba más arriba los individuos que esperan no permanecen inmóviles, sino que su paso por el servicio de urgencias para ser atendidos conlleva, ineludiblemente, estar en movimiento y por ende, llevar a cabo una serie de recorridos imprescindibles.

### **5.3.3 En cuanto a las relaciones:**

A las tácticas estrategias o rutinarias o el cómo se maneja la gente en situaciones problemas o asuntos, se los denomina acciones/interacciones. Estas representan lo que las personas, lo que las personas, organizaciones, mundos sociales o naciones hacen o dicen. Las acciones/interacciones estratégicas son actos deliberados o ejecutados a propósito para resolver un problema, y al hacerlo moldean el fenómeno de alguna manera (Strauss y Corbin, 1989: 146). Se establece la desatención cortés como práctica difusa y continuada al margen de cualquier contingencia en el emplazamiento. Es una práctica habitual que los individuos ponen en marcha en la sala para desproblematicar las interacciones que allí se establecen. Una especie de cura en anticipo, ante posibles fricciones que podrían acontecer por posibles elementos disruptivos plasmados durante la construcción de las interacciones.

Otra de las prácticas que yo considero táctica es que los pacientes o sus acompañantes recurrentemente, cuando su percepción de la tiempo de espera ha excedido lo que ellos considera excesivo, es acudir al mostrador para averiguar qué ha pasado con su caso, y la respuesta obtenida también es recurrente, y atiende a una misma estrategia interaccional por parte de la organización:

- **Espere sentado/a que en cuanto puedan lo avisarán.**

O con mínimas variaciones:

- **Espere sentado, que enseguida lo avisan.**
- **Espere sentado, que en cuanto puedan lo llamarán.**



A lo largo de un mismo turno, los trabajadores administrativos experimentan esta misma interpelación por diferentes pacientes y la norma no protocolizada institucionalmente es dirigirse a ellos con esta frase, que no por lado no deja de ser cierta.

La perspectiva estratégica se basa en la completa interdependencia de los resultados, en el recíproco concomitamiento de este hecho y en la capacidad de utilizar tal conocimiento en el desarrollo de la interacción (Shelling, 1960)

#### **5.3.4 En cuanto al tempo:**

En la sala se pueden distinguir claramente dos tipos de ritmos o tempos: por un lado, aquellos relacionados con procesos sanitarios que requieren de la presencia del paciente y por otro lado aquellos en los que la organización sanitaria está al margen de la condición de espera del individuo.

En los primeros se observan ritmos rápidos, pasos acelerados, ligeros, zancadas largas, movimientos a la hora de orientar el cuerpo, veloces, instantáneos, inmediatos, alzarse de la asiento de un salto. El movimiento de los brazos oscilante acompaña el movimiento rápido de las piernas, ayudando al conjunto del cuerpo a llegar al destino con la mayor celeridad.

En contraste, en la segunda clasificación, en una disposición de espera de tiempo indeterminada, el paciente ejecuta movimientos suaves, lentos, acotados, pensados o bien distraídos. Los pasos que realizan para ejecutar los trayectos son cortos, tranquilos, pausados; los brazos acompañan el movimiento con un tono muscular no tenso.

#### **5.3.5 En cuanto al clima:**

Hemos observado que cuando la climatología es adversa en la ciudad de Barcelona, los pacientes no acuden con la misma fluidez. Apenas esta mejora, comienza una llegada de usuarios superior en porcentaje a horas anteriores.

Durante las 12:00 PM y las 16:00 PM hay un descenso en la afluencia de pacientes al centro, coincidiendo con las horas de comida y reposo del mediodía.



Hacia la 1:00 PM en adelante y a lo largo de la noche, con la excepción de que época de epidemia gripal, accidente de tráfico, o un accidente doméstico que involucre a varias personas, el nivel de actividad en el centro baja debido a que la afluencia cae. La sala de espera se vacía notablemente, y prevalece el silencio, durante lapsos de tiempo que duran algunos minutos.

Con respecto a la actividad en función de los rangos horarios, hemos hallado que en esta sala hay más actividad durante los fines de semana, ya que los centros de referencia permanecen cerrados y sólo queda el CAP Manso como único referente en la atención de las urgencias en su área.

En los meses estivales algunos de los centros sanitarios de atención primaria tienen horarios especiales o permanecen cerradas sus urgencias, por lo que esta unidad recaba los enfermos de dichos centros.

#### **5.4 Consideraciones Finales**

A lo largo de esta etnografía situada, he tratado de describir a través de una metodología cualitativa basada en la observación no obstrusiva, que consecuentemente derivó a observación participante, la fenomenología social desplegada en la sala de espera de urgencias del CAP Manso.

He pretendido exponer la existencia de un entramado de interacciones sociales que responden a la existencia de una microsociedad que se genera dentro de los límites de la situación de espera. Un sistema ubicado de actividad social con sus propias reglas, procesos, códigos y movimientos.

El acto de esperar [el tema que nos ocupa], una acción aparentemente vaga y fútil, una actividad de segundo orden, una diligencia intersticial que precede a una actividad aparentemente más importante; en realidad, entraña un protocolo complejo por estadios de gravedad, que hace transitar al individuo a través de las varias dependencias espaciales autorizadas; es un sistema protocolizado, que plantea un dispositivo de evaluación del individuo en forma de proceso, formalizado y reglado, bajo el nombre de una institución sanitaria. Se trata de un protocolo por estadios de gravedad, una espera por niveles de riesgo para el individuo. El individuo a su vez se inscribe en el proceso de la espera como parte ritualizada de su cotidianeidad.

Es en los intersticios de estos procedimientos, en donde a los individuos se los detiene de manera provisoria, donde se produce el contacto y la interacción, una interacción condicionada y acotada por contexto físico y social.

El hecho de cerrar esta investigación con “consideraciones finales” y no con “conclusiones” no es azaroso. Después de realizar una etnografía de más de cien páginas, puedo imaginar en el mismo emplazamiento, una investigación instituida durante los episodios de silencio o escasa actividad de los pacientes. Llevar a cabo una etnografía más intensiva, que implica la inversión de mucho más tiempo y dedicación.

Permanece en mí la idea de no haber podido analizar, aquellos pasajes silenciosos y con escaso movimiento en los que los individuos comparecen transitoriamente la sala. La posibilidad de haber hecho una etnografía del silencio. O quizás una etnografía del secreto. Para nosotros va unida la premisa que nunca ocurre que no ocurra nada (Bateson, 1971: 7). Nuestra atención casi siempre se desvía hacia zonas de actividad. Prueba de ello es que he llevado a cabo una investigación a través de cinco microincidentes culturales, con el propósito de visibilizar el entramado social y complejo que rezuma la sala de espera.

“Waiting areas” de la artista italiana Cristina Coral.





## Bibliografía:

### *Libros y capítulos:*

Bateson, G., Goffman, E., Hall, E., & Watzlawick, P. 1990. *La nueva comunicación (selección e introducción de Yves Winkin)*: Kairós, Barcelona.

Berger, Peter y Luckman, Thomas 2001. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Birdwhistell, Ray. L. 1990. *Un ejercicio de kinésica y de lingüística: la escena del cigarrillo*. Bateson, G. et. al. *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairós.

De Biasi, Rocco. 1995, *Cornici*. Aut, n. 269 : 5-15.

Durkheim, Emile. 1982. *Las formas elementales de la vida religiosa* (Vol. 38): Ediciones Akal.

Isaac, Joseph. 1999. *Erving Goffman y la microsociología*. Barcelona: Gedisa.

Guigou, L. N., y Pedrosian, E. Á. (Eds.). 2013. *Abordajes hacia una etnografía de la comunicación contemporánea*: Universidad de la República.

Goffman, Erving., Cicourel, A., Pollner, M., & Sacks, H. 2000. *Sociologías de la situación*: La Piqueta.

Goffman, Erving. 1990 [1963]. Compromiso. *La nueva comunicación*, 287-297.

Goffman, Erving. 1974. *Frame analysis: An essay on the organization of experience* : Harvard University Press.

Goffman, Erving. 1991. El orden de la interacción social. I. *Winkin, Los momentos y sus hombres*: Paidós.

Goffman, Erving. 1967. *Interactional ritual*. Garden City: Anchor.

Goffman, Erving., 1981. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, Erving., y Fontenla, F. S. 1979. *Relaciones en público: microestudios del orden público*. Madrid: Alianza.

Giddens, Anthony. 1996 . *Las consecuencias perversas de la modernidad: modernidad, contingencia y riesgo* (Vol. 12). Anthropos Editorial.

Guigou, L. N., y Pedrosian, E. Á. (Eds.). 2013. *Abordajes hacia una etnografía de la comunicación contemporánea*: Universidad de la República.

Hall, Eduard. T. 1973. *La dimensión oculta* (Vol. 6) : siglo XXI.

Malinowski, Bronislaw., y Frazer, George. 1986. *Los argonautas del Pacífico occidental*: Planeta-Agostini.

Mead, George. H. 1990 . *Espíritu, persona y sociedad desde el punto de vista del conductismo social* (No. 155.92 M4).

Nizet, Jean y Rigaux, N. 2006. *La sociología de Erving Goffman*. París: Melusina.

Perec, George. 2003. *Especies de espacios*. Paris: Editorial Montesinos.

Quéré, Louis. 1989. La vie sociale est une scène'. Goffman revu et corrigé par Garfinkel." : 47–82 en *Le parler frais d'Erving Goffman*. Paris: Les Éditions de Minuit.

Ritzer, G. 1997. *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid: McGraw-Hill (impresa en México)

Simmel, George. 1976: *Sociología*. Madrid: Revista de Occidente.

Strauss, A. L., Corbin, J. 2002. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Thomas, W. I. 2005. La definición de la situación. *CIC. Cuadernos de Información y Comunicación*, (10).

Wirth, Louis. 1968. *El Urbanismo como Modo de Vida*. Buenos Aires: Ediciones 3.

Wolf, Mauro. 2000. *Sociologías de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.

Yves, Winkin. 1984 . *La nueva comunicación*. Kairós: Barcelona.

### **Publicaciones de Artículos:**

Álvarez Pedrosian, E. 2013. Miradas y voces en el espacio-tiempo de la espera. Notas etnográficas entre las mediaciones sanitarias. *Guigou, LN*  
<http://eduardoalvarezpedrosian.blogspot.com.es/2014/01/miradas-y-voces-en-el-espacio-tiempo-de.html> fecha de acceso: 3/julio/2015

Bateson, M. C. 1972. Microcultural Incidents in Ten Zoos. By RAY L. BIRDWHISTELL.  
*American Anthropologist*, 74(1-2), 191-192.

Cary, M. S. 1978 . The role of gaze in the initiation of conversation. *Social Psychology*, 269-271. doi: [10.1016/j.jesp.2009.12.016](https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.12.016)

Cohn, E. S. 2001. From waiting to relating: Parents' experiences in the waiting room of an occupational therapy clinic. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 167-174.  
doi: [10.5014/ajot.55.2.167](https://doi.org/10.5014/ajot.55.2.167)

Delgado, M. A. 2008 . Sociedades movedizas. Pasos hacia una antropología de las calles. *Política y Sociedad*, 45(2), 201-204.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/download/.../22086>. Fecha de acceso 20/8/2017

Fly, W. 2011. *Fly on the wall*. Advocate  
<http://www.sabar.co.za/law-journals/2003/december/2003-december-vol016-no3-pp49-50.pdf> fecha de acceso 1/6/2106

Forbes, S. 2001. This is heaven's waiting room. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(11), 37-45. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464806288561>

González Requejo, J. 2008 . La intervención quirúrgica: Rito de paso en ambiente hospitalario. *Index de Enfermería*, 17(3), 201-204.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300011)  
fecha de acceso: 10/8/2017

Haraway, D. 1995. Conocimientos situados. *Ciencia, cyborgs y mujeres*, 313-346.  
<https://epistemologiascriticas.files.wordpress.com/2011/04/haraway-conocimientos-situados.pdf> fecha de acceso: 11/7/2017

Kutash, M., & Northrop, L. 2007. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of advanced nursing*, 60(4), 384-388. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x

María, F. 2005. La televisión:¿ caja tonta o caja mágica?.  
<http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6879> fecha de acceso 28/8/2017

Maldonado, J. L. 1997 . Sociología del espacio: el orden espacial de las relaciones sociales. *política y Sociedad*, 25- 21.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=154483> fecha acceso 1/8/2016

Scott, K., Dyas, J. V., Middlemass, J. B., & Siriwardena, A. N. 2007. Confidentiality in the waiting room: an observational study in general practice. *Br J Gen Pract*, 57(539), 490-493.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2078190/> fecha de acceso 5/6/2017

Roth, J. A. 1972 . Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service. *American Journal of Sociology*, 77(5), 839-856.  
<https://doi.org/10.1086/225227>

Sandoval, J. 2013 . *Una perspectiva situada de la investigación cualitativa en ciencias sociales*. Cinta de moebio, (46), 37-46.  
<http://www.cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26498/27801>  
fecha de acceso 17/7/2017

Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 55-68). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008)  
fecha de acceso 1/9/2017

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. 1982 . Sentimental work in the technologized hospital. *Sociology of health & illness*, 4(3), 254-278. doi: 10.1111/1467-9566.ep10487954

Wong, M., & Lytle, W. R. 1991 . A comparison of anxiety levels associated with root canal therapy and oral surgery treatment. *Journal of Endodontics*, 17(9), 461-465  
<http://europepmc.org/abstract/med/1811042> fecha de acceso 5/8/2017

Webb, E. J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D. y Sechrest, L. 1966 : *Unobtrusive Measures: Nonreactive Research in the Social Sciences*. Chicago: Rand McNally.

<https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=48508> fecha acceso 20/8/2017

Yoon, J., & Sonneveld, M. 2010 . Anxiety of patients in the waiting room of the emergency department. In *Proceedings of the fourth international conference on Tangible, embedded, and embodied interaction*, 279-286. ACM

doi [10.1145/1709886.1709946](https://doi.org/10.1145/1709886.1709946)

#### Filmografía:

Birdwhistell, R. L. 1971. Microcultural incidents in ten zoos. *Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute, Producer. Psychological Cinema Register, Pennsylvania State University, University Park, Pennsylvania (16mm film.)*.